

Rio de Janeiro, 14 e 15 de Dezembro de 2015

IESC-UFRJ

### **Apontamentos do Seminário**

**“Dilemas e oportunidades atuais dos sistemas de saúde de países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Costa Rica” - dias 14 e 15 de dezembro.**

O propósito do evento foi promover e consolidar o diálogo entre os grupos de investigação do campo da saúde coletiva nos países mencionados em favor de uma compreensão, tanto integral quanto específica, dos dilemas e oportunidades de nossos sistemas de saúde com vistas a contribuir ao desenvolvimento de políticas e sistemas mais igualitários e universais.

#### **Abertura – Dr. José Carlos Abraão (ANS)**

Na fala de abertura, o conceito de mix público-privado foi realçado pelo diretor da ANS José Carlos Abraão, segundo ele representando “desafios e oportunidades” para o sistema de saúde brasileiro. O diretor expressou a compreensão de que a saúde no país sofreu um processo de evolução, aproximando o braço econômico-financeiro ao braço assistencial, e ressaltou a importância da ANS diante dos desafios demográficos; da incorporação de tecnologias, equipamentos e pessoal; e do empoderamento do consumidor, também nomeado por ele de beneficiário e paciente.

**Mesa 1: Por que e para que um seminário sobre políticas e sistemas de saúde de países de América Latina neste momento?** – Adolfo Chorny, Maria Lucia Werneck-Vianna e Carla Santa Cruz (ANS) (moderador – José Sestelo)

#### **Prof<sup>a</sup>. Maria Lucia Werneck-Vianna**

A partir do tema da mesa, a Saúde como política pública na América Latina ou Para que discutir política de saúde na América Latina?, a professora refletiu sobre o fato da conjuntura atual potencializar a discussão sobre o ebola, o zika, do ponto de vista político também. Neste sentido, apresentou a política de saúde nos marcos dos sistemas de seguridade social. Citou Robert Boyer

1

Apoio: **Organização Pan-Americana da Saúde**

num artigo sobre os sistemas de saúde na A. L. para pensar a conjuntura econômico-social recente, do novo desenvolvimentismo, aumento do consumo médio e encolhimento dos serviços sociais de educação e saúde. Tomou por base, ainda, as reflexões de Pedro Paulo Barros (2012) em “A economia política do novo desenvolvimentismo e do social-desenvolvimentismo”, sobre a ampliação do crédito de consumo estar no centro da estratégia do novo desenvolvimentismo e o consumo das famílias ser motor do desenvolvimento econômico. Apresentou elementos para pensar a reconfiguração dos sistemas de proteção social e, mais diretamente, dos sistemas de saúde: as transferências monetárias de renda – previdenciárias e sociais -, a redução do ônus previdenciário aos pequenos empresários, e a mudança em relação às leis ligadas aos empregados domésticos e trabalhadores rurais. Afirmou que a elevação do salário mínimo e redução do desemprego estimulam o consumo, em especial, de bens e serviços e o mercado financeiro, frisando que, se estes elementos são mecanismos importantes da redução das desigualdades, contudo, tais ganhos (inclusive de cidadania), não são suficientes para que esses sistemas se tornem efetivamente promotores da redução das desigualdades e garantia de universalização, gratuidade, enfim, de plena cidadania.

Apresentou a imagem de um pé (econômico-financeiro) passando a perna no outro (assistencial), afirmando se tratar de privatização lícita ou ilícita de serviços públicos de educação, saúde, transportes, e que os desdobramentos desse duplo e concomitante crescimento são a privatização e a financeirização dos serviços sociais.

Segundo a professora, o subfinanciamento e os subsídios aos serviços privados geram estímulo à prestação privada, segmentação da oferta e estratificação da clientela. Na previdência e na assistência também podem ser observados estímulos à privatização.

Werneck-Vianna ressaltou, ainda, que a focalização das políticas sociais se deu com ênfase nas transferências monetárias para as políticas previdenciárias e assistenciais. A perna da saúde no tripé da seguridade social ficou marcada pelo subfinanciamento e pelo subsídio ao setor privado.

Em síntese, afirmou que, em 2003-2004, a financeirização da política social ajudou a consolidar o social-desenvolvimentismo mediante acesso ao crédito ou ao sistema financeiro. A pedra angular foi a regulamentação ao microcrédito voltado ao consumo. O custo desse endividamento foi alto e agora se pode ver.

### **Prof. Adolfo Chorny**

Apresentou a reflexão sobre as identidades na dita América Latina e os conflitos que vão plasmando o que chamamos cada um dos países que aqui estão, indicando que, para que encontremos uma sincronia ou convergência, temos que saber onde queremos chegar.

Em relação aos demais países latino-americanos, afirmou que o Brasil não fez a expansão dos serviços públicos – ao contrário, ampliou um setor parasitário privado, ineficiente, que desperdiça tecnologia e pessoal. Ressaltou, ainda, que o sistema de saúde no Brasil corresponde,

na verdade, a sistemas estratificados que se interpõem, concluindo que não há um sistema único de saúde.

O professor questionou: Qual é nossa proposta? Afirmou que falhamos ao apenas propor generalidades como universalidade, igualdade, fraternidade, e que temos agora que traçar estratégias, pensar como faremos para chegar a isso.

Propos para o debate a questão de por que, no Brasil, não existe uma ascensão ao primeiro escalão pelos técnicos? O que fazem os demais países latino-americanos?

**Dra Karla Santa Cruz Coelho** (Diretoria de gestão da ANS – UFRJ medicina)

Sua apresentação foi organizada em torno dos seguintes temas: Dimensões da atuação da ANS (Regulação Econômica; Regulação Assistencial; Fiscalização Setorial; e Indução da Qualidade); Dimensão do Setor Suplementar; Desafios para a Saúde Suplementar, envolvendo a Reorganização do Setor, tendo como desafios a Informação – Transparência, a Mudança de Modelo e a Forma de financiamento; Integração com o SUS e Aprimoramento das Interfaces Regulatórias.

O detalhamento dos eixos estruturantes da agenda regulatória pela palestrante se deu nos seguintes termos:

- informação: troca de informações, transparência, disponibilização de números, dados, informações – tornar a informação de saúde como valor da saúde, para fazer sentido tanto para a regulação quanto para vermos para onde estamos indo e vamos chegar (para as boas práticas regulatórias).

- mudar o modelo: quando centrado no hospital e sem estar em rede é ineficiente e fadado ao fracasso (incentivo ao gasto com insumos, glosas, auditorias, desconfiança entre operadoras e prestadores). Sendo a qualidade heterogênea, a qualificação da medição é necessária. O modelo de pagamento é empacotado, é capaz de mensurar a qualidade na linha de cuidado, mas insuficiente. É preciso buscar modelos mais voltados à organização do cuidado. Levar o prestador à mesa para discutir a qualidade do cuidado, junto a operadoras, direito do consumidor e academia, promover uma mudança de cultura, com monitoramento do acesso (notificação de intermediação preliminar) por parte da ANS, e criação de ouvidorias nas operadoras.

- financiamento: é necessário alterar a forma de financiamento – pagamento por performance?

Apresentou como desafio da sustentabilidade, evidenciar as operadoras que prestam serviços de qualidade, já que o consumidor tem a portabilidade garantida.

**Debate:**

A profa. Lígia Bahia perguntou sobre preços para a profa. Maria Lucia Werneck-Vianna e sobre as incongruências do pagamento por *performance* para a Dra. Karla Santa Cruz Coelho. A profa. Ialê Falleiros pediu à Dra. Karla para desdobrar o tema do financiamento.

A Dra. Karla disse que não há ainda uma resposta definitiva, mas que a ANS tem clareza de que o financiamento deve ser misto. Deu como exemplos as indicações de cesariana e de cirurgia de coluna, reforçando a necessidade de rever a formação médica, sentar junto, conversar.

O Prof. Mário Hernández (da Univ. Nacional da Colômbia) apresentou à mesa uma reflexão: O sistema de saúde brasileiro é hoje parte cidadania e parte propriedade. O que está acontecendo no Brasil?

O Prof. Chorny questionou os dados da ANS trazidos pela Dra. Karla sobre o dado de 5,6 consultas por pessoa/ano e 10 internações por mil pelo setor suplementar – confrontando com o indicador do Ministério da Saúde de 2,8 consultas por pessoa/ano e bem menos que 10 internações.

A Dra. Karla respondeu que é isso mesmo, que esse exercício é transformar dados em valor em saúde, qualificá-los.

O doutorando do IESC José Sestelo comentou que não há no Brasil um sistema público e um privado, mas uma mistura com fronteiras nebulosas que dificultam compreender as diferenças.

A doutoranda do IESC Maria José fez uma pergunta comparando o sistema chileno e o colombiano. Chamou a atenção sobre a invisibilidade dos dados sobre a judicialização e os casos de corrupção das empresas de planos privados de saúde no Chile, na Colômbia e no Brasil, e sobre como se difunde o sucesso dos modelos de saúde nesses países, em alguns âmbitos, não em todos.

O Dr. Paulo Marcos fez sua pergunta comparando o sistema norte-americano e o ObamaCare com as propostas para a reforma ampla do setor, negociada, pactuada. Perguntou: como buscar o consenso entre a mutualidade (cidadania – em que o saudável paga para o doente) num ambiente onde para alguém ganhar, alguém tem que perder (dinheiro ou saúde)?

O Prof. Hugo Spinelli apresentou dados de consulta, internação e pagamento por ato médico. Ficou alarmado com o dado sobre a redução das cesarianas no Brasil apresentados pela Dra. Karla como êxito (reduziu de 85 a 75% o número de cesáreas), sendo que a OMS propõe 15% a 30 anos. Apresentou desacordo sobre a afirmação de que a formação do médico é responsável por isso. Contestou afirmando ser o mercado a parte responsável por isso, e que a Agência orienta o pagamento a formas mais ou menos interessantes ao mercado.

A Prof. Maria Lúcia Werneck, respondendo ao Dr. Paulo Marcos, afirmou que há luta de classes numa sociedade em que o capitalismo é hegemônico, havendo tensão contínua entre capital e trabalho, uma luta que se trava no nível da política, e que não estamos fora dela – e que, portanto, em cada contexto, temos que nos posicionar.

O Prof. Chorny afirmou: ou nós entendemos que o sistema suplementar e o sistema público são diferentes, ou não podemos dialogar. Têm objetivos, enfoques, ênfases diferentes. São dois sistemas competitivos. Hoje, o setor público está mal. Muitos preferem qualquer plano ao setor público. O sistema suplementar peca por estar isolado da humanidade. Não há sistema de informação. Não há um objetivo comum. Qual é o interesse dos sistemas de saúde? Diminuir a letalidade. E o setor privado não.

A Dra. Karla Santa Cruz Coelho concorda com o fato da saúde suplementar não ser um sistema, mas de estar integrada ao sistema de saúde. Afirma que a dupla militância é praticada e que o sistema é híbrido.

## Mesa 2: O público e o privado nos sistemas de saúde em países de América Latina

Prof. Mário Hernandez – Universidade Nacional da Colômbia

O Palestrante estruturou a apresentação a partir do livro que vai ser publicado em breve pelo Grupo de investigación *Estudios sociohistóricos de la Salud y la Protección Social*, Centro de Historia de la Medicina, Universidad Nacional de Colombia:

Cap. 1: El problema, el enfoque y el método.

Cap. 2. Las trayectorias previas de expansión de los Estados en la industrialización por sustitución de importaciones (ISI), 1930-1980 (dos momentos: 1930-1946; 1946-1980)

Cap. 3. Las confluencias para el cambio del régimen de acumulación capitalista en la década del setenta

Cap. 4. Formas diferentes de asumir los programas de ajuste estructural, 1980-1993.

Cap. 5. La interacción desigual con el “pluralismo estructurado”, 1993-2000.

Cap. 6. Sentidos desiguales de la “nueva protección social” del “manejo social del riesgo” (MSR), 2000-2015

Cap. 7. ¿Por qué son desiguales?

Afirmou que, no Brasil, há claramente um sistema único de saúde para todos, mas um grupo envolvido num esquema de saúde mercantil, desigual, que gera segmentação; no México há também um sistema segmentado, mas com predomínio estatal; e na Colômbia há um sistema segmentado, com predomínio privado. Ressaltou que a agenda da reforma na saúde nesses três países no contexto neoliberal pode ser entendida como campos de poder e redes de relação de poder. Propôs que o enfoque dos estudos nesta área se dê numa perspectiva estratégico-institucional do Estado, com base nesta correlação de forças, a partir dos modos de relação, da coerção social e dos modos específicos com que se conformam em cada país a combinação entre Estado e mercado. Nesse sentido, propôs investigar como se dá a inserção de nossos países na economia global, tendo em vista sua confluência na mudança do regime de acumulação capitalista desde a década de 1970.

5

Apoio: **Organização Pan-Americana da Saúde**

Prof. Camilo Cid Pedraza – OPAS- Universidad Católica do Chile

O Palestrante desenvolveu aspectos vinculados ao Gasto Público e Privado em Saúde em países da América Latina. Os eixos da apresentação foram o público e o privado a partir do gasto; a configuração dos sistemas de saúde e o financiamento; as recomendações OPS/2014; e Reflexões entorno da seguridade social, os sistemas e o financiamento.

Prof. Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús

O eixo de sua apresentação partiu da reflexão sobre o público e o privado nos sistemas de saúde em países de América Latina. Fez referencia ao livro organizado por Catalina Eibenschutz sobre a Política de Saúde em países da América Latina nos anos 1990 e citou o seguinte trecho:

“Nos parece adecuado investigar en este campo, sin prejuicios ni sectarismos, y sin abandonar el principio de que la salud es un derecho ciudadano. Reconocemos que las profundas desigualdades socioeconómicas características de todas las sociedades latinoamericanas dificultan una solución simple de corte técnico, basada únicamente en garantizar el acceso, o en las leyes del mercado y la competencia. Con esta decisión aceptamos el desafío científico y político de repensar todo, inclusive nuestra propia práctica, lo cual requiere gran creatividad y cierto atrevimiento”.

Estruturou sua apresentação a partir de quatro perguntas: a categoria de análise pertence a teoria dos sistemas ou a teoria dos campos?; Que experiências temos com o mix público- privado nos países da AL?; por que os governos progressistas da AL não conseguiram avançar no campo da saúde como conseguiram em outras áreas?; o dilema central é o público-privado ou também industrial-artesanal?

Chamou a atenção para as dimensões ideológico-culturais postas há 20 anos e para o fato das organizações de saúde serem muito complexas, com processos de trabalho característicos, que não fazem parte de currículos escolares atuais. Afirmou que há abordagens diferentes para entender o que estamos discutindo: Por que os governos progressistas na AL não puderam avançar no campo da saúde? Daí a pergunta: O dilema central é público-privado, ou industrial-artesanal?

Ressaltou a dimensão econômica da saúde a partir de sua abordagem como fonte de renda e emprego, gasto, inovações tecnológica, espaço de significado cultural, forma de lhes dar identidade frente ao Estado.

Sublinhou, ainda, que a saúde pode ser compreendida, de um lado, como arena de luta política, ou, de outro, como sistema de input ou outputs. Questionou: Que experiências temos de articulação público-privado na AL? Sublinhou que este conflito vem sendo entendido como espaço relacional, num mundo em que é impossível encontrar evidências, pois está marcado pelas desigualdades; e que há conceitos pasteurizados que parecem explicar a realidade, mas

6

Apoio: **Organização Pan-Americana da Saúde**

que não sabemos o que estamos dizendo: enquanto se formam os atores para responder a interesses diversos, permanecem dilemas histórico-estruturais como individualismo e solidariedade. Indagou: que evidências temos de que a saúde privada detém maior qualidade?

Afirmou o vínculo laboral como espaço relacional, situando o processo de trabalho em saúde como artesanal. Para o professor, há frustração quando os processos industriais tomam o campo da saúde, quando os administradores hospitalares se instituem e quando o sistema público dá suporte à instalação de um sistema privado.

Chamou atenção para a dimensão política, dos atores; administrativa; epidemiológica; para a concentração e migração de profissionais, e para o desenvolvimento de modelos formadores de lógicas biomédicas de difícil impacto, como o complexo médico-industrial, no interior das infraestruturas públicas.

Questionou a qualidade dos profissionais que não têm estágio laboral no sistema público quando chegarem ao mercado de trabalho. Mencionou como problemas a serem enfrentados, ainda, o processo de cooptação de instituições de regulação por corporações econômicas e profissionais; os processos de corrupção macro e micro, bem como a falta de controle cidadão; o financiamento público de prestações privadas (crônicas), promovendo uma solidariedade invertida, ou transferência pública ao setor privado; o gasto em alta tecnologia financiado pelo Estado; a cobertura insuficiente e os problemas de gestão; fatores que geram insatisfação da população, violência contra os trabalhadores e, conseqüentemente, dispersão dos vínculos entre trabalhadores e usuários.

Sobre os trabalhadores, também, apontou a existência de um sistema de pluriempregos, com cumplicidade das categorias.

Epidemiologicamente, ressaltou a ideia de transição epidemiológica, ou mosaicos epidemiológicos, fazendo conviver indicadores de primeiro mundo com indicadores de terceiro e quarto mundos.

Mencionou a complexidade das organizações e o excesso de dever-ser no campo da saúde, afirmando que as organizações de saúde são espaços privilegiados para questionar e analisar os processos de trabalho e o desânimo dos trabalhadores.

#### **Debate:**

Dra. Karla Santa Cruz Coelho mencionou a atenção primária como sinônimo de atenção comunitária – sendo as operadoras de planos de saúde as atuais portadoras do conceito de atenção primária, com uso de tecnologias leves, relacionais, discussão de equipe, com tecnologias inovadoras, básicas, simples (deu como exemplo o diabetes...).

José Sestelo – ressaltou que, diante do grau de complexidade que envolve o sistema de saúde, talvez devêssemos definir objetivos mais modestos. Afirmou a dificuldade corrente em definir público e privado ou suas articulações, ressaltando que, se formos capazes de entender e

delimitar essas diferenças, podemos facilitar o entendimento de várias outras coisas, como preços e outras variáveis sobre as quais devemos nos debruçar. Propos o esforço de delimitação dessas grandes linhas para estabelecer algumas referências para compreender e impactar na nossa sociedade.

Profa. Ligia Bahia – Perguntou para o Prof. Mario Hernandez: pensando numa agenda de pesquisa – por que não estudar o Chile tendo em vista a história e a influência da reforma chilena sobre o Brasil? Afirmou que, sobre a vertente dos estudos da democracia, o Brasil tem a reforma sanitária que acompanha o processo de transição democrática mas tem um setor empresarial que exerce democraticamente seu papel. Sintetizou afirmando que esses empresários são signatários de acordos provindos de uma coalizão legítima. Ressalta que tivemos um aumento dos assalariados mas não tivemos um processo de redução do processo de privatização. Propos a reflexão para o Prof. Camilo: é importante termos estudos de financiamento. Não concorda que o sistema seja dual, e acredita que é preciso responder as questões: podemos avançar na compreensão desse financiamento do setor privado que é público; é possível identificar o componente público nesse financiamento privado? Perguntou para o Prof. Hugo: avançamos politicamente, mas as possibilidades de retrocesso estão aqui, neste momento; como podemos estudar o avanço e os fracassos, ou a instabilidade dos avanços – que carregam ameaça de retrocesso?

Leonardo Mattos apresentou pergunta sobre o documento para consulta pública OPAS-Rockefeller, que gerou debate e nota condenando a estratégia de cobertura ou acesso universal, e que não garante a integralidade - como o sistema nacional de saúde.

Prof. Mário Hernandez respondeu que os médicos brasileiros são mais empresários que em outros países. Sobre a atenção primária e sua adoção por seguros privados: na Colômbia, isso foi disfuncional ao asseguramento, pois sua perspectiva é desterritorializada e individualizada – uma outra lógica, que não é a lógica sistêmica do que chamamos atenção primária, territorializada e populacional. Propos a reflexão: como fazemos comparações históricas e estruturais? Sobre os papéis dos empresários, para os colombianos, há também um setor empresarial, mas os brasileiros fizeram arranjos diferentes, dinâmicos, que instituem dualidade na materialização dos direitos de propriedade *versus* os de cidadania. Quanto a cobertura universal ou os sistemas universais, seja pelo acesso ou pelo financiamento, frisou que esse tema precisa ser aprofundado.

---

---

Dia 15/12/15

8

Apoio: **Organização Pan-Americana da Saúde**

**Mesa 3** - Apresentação dos resultados parciais das pesquisas em andamento sobre a privatização da saúde em países da América Latina

Prof<sup>a</sup>. Ligia Bahia –GPDES- IESC-UFRJ

Na apresentação *Brasil: Notas sobre a inserção dos planos e seguros privados no sistema de saúde*, a palestrante fez um breve histórico da origem e desenvolvimento das empresas de planos e seguros de saúde e da sua interpelações com a Previdência Social e, posteriormente, com o SUS. Segundo a professora, com base nas estatísticas, a cobertura previdenciária nos anos 1950 era extensa – chegava a 60% da população. Os hospitais filantrópicos foram absorvidos mas mantiveram sua natureza jurídica no país. Nos anos 1950, médicos do trabalho constituíram empresas para as grandes fábricas, dando origem ao empresariamento da medicina no Brasil. Nos anos 1970, os hospitais filantrópicos já se constituíam como plataforma de venda de planos de saúde. Os hospitais filantrópicos e privados constituíram empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas.

De acordo com Bahia, no contexto do SUS, os planos de saúde não integram a previdência social, não fazem parte do escopo da seguridade social, são voluntários (não-obrigatórios), e a cobertura chegou a 25,9% em 2013. A autora indicou que, em dez anos, o aumento da cobertura foi pequeno (não correspondendo ao aumento da renda, da massa salarial, dos empregos formais etc). Ressaltou que o SUS é um sistema de saúde – tem política de tudo -, mas, ao mesmo tempo, temos um setor privado muito extenso e em expansão. A ideia de complementaridade seria um equívoco conceitual e tem consequências graves.

Reforçou que não temos um sistema dual, mas sim um multcredenciamento e relações complexas mediadas por preços diferenciados (há uma plasticidade enorme na contratação dos serviços assistenciais pelo SUS e pelos planos de seguros privados de saúde).

Afirmou, ainda, que o protagonismo das empresas de planos e seguros de saúde tem se dado na intermediação, não tendo um grande impacto na estrutura física hospitalar e de atenção, e que são péssimas intermediárias financeiras - tem má qualidade. Ressalta que isso não se dá da mesma forma em relação aos laboratórios, mas ainda não chegamos ainda a estudá-los.

Quanto a oferta de serviços de saúde, informa que 50% dos leitos de CTI estão disponíveis para o SUS e 50% para os planos de saúde, sendo que os usuários do SUS são 75% e os dos planos são 25% da população. Desse modo, conclui que os planos tornam-se vetores centrais de iniquidade na oferta de serviços de saúde no país.

Acerca dos incentivos à oferta pelo Estado, afirma que partem de concepções sobre a relação público-privado e de gestão em que o privado seria portador de eficiência, qualidade, excelência, *loci* da inovação tecnológica, e que o caminho “natural” seria a integração privado e público e a cobertura universal.

Mencionou, ainda, os seguros populares e seus impactos sobre a gestão, como o portal giratório, gerando postergação ou negação de cobertura e problemas de qualidade; falência de empresas e venda de empresas (subsídios públicos).

Os desafios apontados foram de duas ordens: filosóficos (pessimistas, otimistas, normativos, interpretativos) e políticos (tramas das ações, agentes, interesses, conflitos). A agenda de pesquisa sugerida pela professora diz respeito aos processos de privatização e desprivatização contemporâneos.

Prof. Camilo Cid Pedraza – OPAS- Universidad Católica do Chile

A apresentação do Professor foi sobre o processo atual da reforma da saúde no Chile. O eixo da apresentação foi o *Informe de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud en Chile*. Foram apresentados os temas e os principais debates da Comissão, a proposta geral, a tradução no curto prazo e as reflexões sobre os possíveis cenários futuros. A proposta inicial foi reformar o setor privado das Isapres, mas a proposta final inclui uma proposta do sistema de saúde de forma integral.

Prof. Mauricio Vargas Fuentes - Univ. Costa Rica

A apresentação do professor centrou-se na caracterização do mercado privado de seguros na Costa Rica. Para uma melhor compreensão do mesmo, foi descrito o sistema de saúde da Costa Rica e foram apresentados dados gerais do país.

A trajetória do sistema de saúde da Costa Rica foi analisada a partir da relação público-privada. A privatização não é tida como uma organização espontânea de agentes empresariais, mas uma política pública, um movimento extra-mercado.

#### Mesa 4: Agenda de pesquisa

O objetivo da reunião foi o estabelecimento de diretrizes e um programa sobre a temática da relação público-privada.

Houve presença no evento da UFRJ, ANS, da Universidad Católica do Chile, Universidad da Costa Rica (Escola de Saúde Pública), Universidad da Colômbia, Universidad da Argentina, OPAS do Brasil, OPS Washington e Fiocruz.

O prof. Camilo Cid Pedraza informou que a OPS Washington vem estudando o asseguamento privado e há também na Universidad Católica do Chile grupo com esse interesse. Disse que, na Alemanha, por exemplo, somente um terço dos serviços são públicos - o restante é chamado social, mas é de fato privado.

O prof. Mauricio Vargas Fuentes falou da importância de entrarmos num processo de conceptualização, a partir da reflexão sobre quais os conceitos que vão perpassar esse estudo.

A prof. Ligia Bahia ressaltou que o GPDES pode elaborar um quadro com os conceitos para emoldurar a pesquisa e mandar para todos – propos o estabelecimento de temas e a

10

Apoio: **Organização Pan-Americana da Saúde**

identificação de pessoas para desenvolverem essa pesquisa (de alunos e pesquisadores de outros países aqui e dos daqui nos outros países da AL). Diz que está difícil estudar esses assuntos pela literatura. Se nosso tema central são os planos privados de saúde, temos interesse grande em financiamento público e privado, temos interesse no tema dos medicamentos, temos interesse em estudar a privatização das escolas superiores na saúde (medicina, enfermagem etc.).

A advogada Ana Izabel Carvana lembrou o tema da judicialização e seu papel regulador hoje. A Dra. Karla, da ANS trabalha na área da gestão do conhecimento, colocou a si própria como ouvinte e levará para a diretoria as deliberações do grupo para verem como nos podem auxiliar.

Prof. Ligia Bahia contou que Camilo já esteve conosco e propõe que mantenhamos a regularidade de encontros. Lembra que o apoio financeiro para este seminário veio do CNPq, da ANS e da OPAS.

José Sestelo falou dos conceitos - das fronteiras e dos elementos superpostos – estamos aprendendo a lidar e é preciso um esforço coletivo para isso.

Fernando (OPAS) mencionou um termo de cooperação com a ANS que já tem 13 anos –em 2014 foi aberto um edital que contemplou 10 universidades, buscando os principais temas que a academia queria abordar na área da saúde suplementar. Houve interesse por parte de 17 universidades (duas da UFRJ). A professora interpretou como esforços de aproximação que qualificam o campo e se pretende aprofundar, nem tanto a partir de recursos financeiros mas sobretudo a partir de temas como financiamento (a profa. Ligia esclarece que para a ANS o que interessa é o pagamento), modelos de atenção e informação; além do tema do direito à saúde, que em alguns países se tem garantido com provisão pública, outros com iniciativas privadas e outros com um misto.

Cristine solicitou ajuda para obtenção de informações pela OPAS e Fernando diz que essa é a perspectiva sobretudo se tivermos um projeto construído em conjunto, mas não há garantia de que tenhamos essas informações organizados – por exemplo, não se tem acesso via ANS a dados diversos.

A profa. Ligia ressaltou que temos procurado diferenciar o papel de consultoria do papel de pesquisa. Pergunta se a ANS estaria disposta a produzir pesquisa sobre as relações público-privadas ou a privatização na América Latina. O que está na ANS é o suposto de que se o modo de pagamento for alterado, tudo será melhor). O nosso interesse é de pesquisa, produção de conhecimento, sobre todos esses temas.

Fernando frisa que, para além da cooperação com a ANS, a OPAS tem interesse no desenvolvimento dos sistemas de saúde - é mais amplo.

O prof. Camilo falou de um outro interesse no estudo das concessões para construção e administração hospitalares; a prof. Ligia lembrou do tema do asseguamento privado dos acidentes de trabalho trazido por Prof. Maurício (Costa Rica). O Dr. Paulo Marcos foi

apresentado por Ligia, que disse, ainda, que ano que vem faremos um pequeno seminário para debater PREÇO na saúde (fevereiro ou março)

Fernando apresentou uma iniciativa da OPAS sobre saúde ocupacional - laboratório de inovação em promoção e prevenção (haverá publicação OPAS-ANS). A Profa. Ligia resume a discussão:

Quadro conceitual:

- Direito à saúde
- Concessões Hospitalares
- Privatização; tipos de privatização; desprivatização
- Seguros de Acidente de trabalho
- Modos de pagamento/remuneração
- Informação
- Modelos de atenção

O prof. Mauricio dá o exemplo da rede internacional de saúde global para propor a possibilidade de nos organizarmos em rede; comunicação via web mensalmente ; e periodicamente há encontro presencial.