



4

A *DÉMARCHE* DO PRIVADO E PÚBLICO NO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS DE DEMOCRACIA E AJUSTE FISCAL, 1988-2008

Ligia Bahia

Quem examina o saldo de avanços e contrapontos ao Sistema Único de Saúde (SUS) não deixará de divisar entre os argumentos presentes no vasto inventariamento de suas qualidades e deficiências, vestígios das relações entre o público e o privado. As referências valorativas ao público e ao privado freqüentam, mais explicitamente, as teses de defesa dos sistemas universais de saúde ou eficiência da privatização. Isso se não forem computadas as numerosas análises, fundamentadas, ou ao menos alusivas às relações entre o público e o privado que, revestidas de neutralidade, equilíbrio ou profundo conformismo e ceticismo, não se prestam com a mesma facilidade das anteriores às operações de soma ou subtração. Afinal de contas, ao longo desses vinte anos e especialmente no início do século XXI, a saúde coletiva no Brasil também absorveu determinadas noções e pressupostos da economia neoclássica, tomados como indicadores de verdade e muitos dos rituais do culto à ambigüidade e indeterminação.

Assim, a diversidade de perspectivas de interpretações das relações entre o público e o privado projeta-se na encenação simultânea de vários dramas que disputam a atenção do público. Quem angaria mais adeptos tem sido objeto de controvérsia. Mas, não restam muitas dúvidas sobre o contraste dos ambientes de encenação dos distintos enredos. A periferização do debate sobre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro convive com a valorização e a centralidade de sua tematização como tema de regulação governamental do mercado.



Nem sempre foi assim. Nos anos 1970 e 1980, o vigor dos estudos sobre o público e o privado estimulou a mobilização de referenciais teóricos e empíricos sobre as relações entre saúde e trabalho, saúde e capitalismo, saúde e desenvolvimento econômico e social, saúde e democracia e socialismo, para fundamentar a compreensão das interseções das políticas econômicas, previdenciárias e de saúde. A partir dos anos 1990, o tema foi confinado aos espaços das aceções aritméticas – quantos estão e quantos não estão cobertos por planos privados de saúde – em seus matizes à esquerda e à direita e ao sabor das promessas de qualidade alocativa dos gastos. Os modelos abstratos que mimetizam comportamentos relacionados com incentivos e sanções dos contratos e a competitividade de um mercado idealizado infletiram a tradição acadêmica da saúde pública brasileira de buscar apreender a historicidade e, conseqüentemente, as regularidades, singularidades e contradições das estruturas e dinâmicas das instituições de saúde.

É preciso convir que a apresentação, nos dias atuais, de um ensaio intitulado “A irracionalidade da privatização da medicina”, de autoria de Carlos Gentile de Mello, escrito em 1977, ou os enunciados de um debate em torno da intensidade e velocidade da estatização dos serviços privados de saúde (tal como na 8ª Conferência Nacional de Saúde [CNS], em 1986) seriam, se não imediata e jocosamente categorizados como restos da poeira do muro de Berlim, ao menos deixados de lado com a devida condescendência ao *old-fashioned*. Por outro lado, os trabalhos com enfoques normativos, às voltas com soluções para a correção de imperfeições do mercado, ou ainda os que afirmam a completa superação de velhos dilemas em função da vigência de novas questões vitais locais e globais adquiriram elevada palatabilidade.

Essa ‘virada acadêmica’, seus encaixes com os avanços da implementação do SUS ou, alternativamente, suas coincidências – talvez mais precisamente conveniências, com a ‘onda neoliberal’ – representa, no mínimo, um fator de atordoamento para as tentativas desavisadas de examinar e avançar hipóteses sobre a estrutura e a dinâmica contemporâneas das relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Com o passar do tempo e desbotamento das cores vívidas que tingiam os debates em torno da privatização ou estatização do sistema de saúde brasileiro, e a concentração de recursos financeiros e poder reunidos em espaços que produzem e difundem interpretações ‘consensuais’ sobre as relações entre o público e o privado recomendam a reexplicitação do tema e os pressupostos de sua abordagem.

Hoje, as tentativas mesmo canhestras de passagem da descrição diretamente à prescrição, as quais subjazem às amarrações artificiais da realidade a um modelo



abstrato de relações entre o público e o privado, atraem não apenas a preferência dos setores empresariais, como também parte significativa da produção acadêmica. Os estudos que tentam articular as explicações sistêmicas com as circunstâncias concretas, que buscam discernir as contradições, se afastar das oposições binárias e requerer o entendimento crítico das limitações de seus próprios referenciais correm o risco de ir para a prateleira dos textos enfadonhos e repetidos.

Em contextos nos quais as grandes transformações políticas parecem não apenas improváveis, como impossíveis, levar em consideração as relações de propriedade, os fluxos de circulação e apropriação dos recursos financeiros e poder no sistema de saúde brasileiro pode até parecer supérfluo. Por que se perderia tempo em busca de explicações totalizadoras que não terão o menor valor de troca, nem de uso?

Conseqüentemente, alinham-se em prol da descontaminação da política os numerosos adeptos dos modelos de construção de curvas de oferta e demanda em condições ideais e alguns céticos com tendência ao 'pan-poderismo' pós-moderno. Aqueles estudiosos e militantes que insistem em reconvocar e questionar o potencial explicativo de categorias de Estado, sociedade, agentes, interesses econômicos e políticos e, em especial, identificar as conexões e os papéis do Estado para assegurar o funcionamento dos mercados são poucos, no momento.

Não é para menos. Ao perfilar-se aos cantos e encantos de promessas dos ajustes da regulação, não importa se cumpridas, imagina-se ingressar no mundo dos 'vencedores', de onde as ilações sobre as relações entre o público e o privado, encaradas a partir seus observatórios interessados e privilegiados, integram os esforços de reordenamento das engrenagens do mercado. Em contraste, e mais tortuosa a decisão de não transigir com a necessidade simultânea do aprofundamento teórico e sistematização de evidências empíricas que avancem o conhecimento sobre o sistema de saúde. São reconhecidas as dificuldades teórico-conceituais que envolvem as operações de apreensão simultânea da realidade a partir de suas especificidades e de sua totalidade. Ademais, esta opção, ainda que de maneira provisória, implica uma marcação negativa.

Os que estudam as relações entre o público e o privado, a partir de enfoques mais panorâmicos, a princípio permanecem sob suspeição. Num primeiro momento, podem ser encarados como destituídos de competências e habilidades para dispor seu conhecimento em função do 'aprimoramento' do mercado. Mas essa impressão se dissipa pelo teste de demonstração da validade do conhecimento e percuciência do equacionamento gerado com base na politização das relações entre o público e privado. A segunda bateria de provas é a mais difícil. Trata-se de



disputar, no campo da saúde pública, a retomada da centralidade do tema das relações entre o público e o privado e a efetividade das reflexões extraídas pelas análises das políticas que lhes conferem materialidade no que se refere à defesa e à radicalização da efetivação do SUS.

Daí a necessidade de reconectar as reflexões da saúde pública brasileira sobre as relações entre o público e o privado que deram origem à formulação das diretrizes da Reforma Brasileira e do SUS com a análise da situação atual. Esforços nessa direção têm sido empreendidos, tanto por pesquisadores quanto por dirigentes das instituições executoras das políticas de saúde. A mais destacada e recente contribuição das pesquisas sobre a regulação público-privada do setor Saúde gravita em torno do reexame dele a partir da revisão crítica e aprofundamento dos conceitos e categorias de desenvolvimento econômico e social, inovação e complexo industrial da saúde (Gadelha, 2006; Viana & Elias, 2007).

Não é exatamente essa a perspectiva adotada aqui para a problematização de parte das relações entre o público e o privado. Os estabelecimentos de prestação de serviços privados no interior dos limites institucionais do SUS e as empresas de planos e seguros de saúde privados são enfocados tão-somente, tomando-se por base a identificação e a sistematização das políticas públicas que apóiam a privatização da assistência à saúde. Para tanto, situam-se a magnitude e as políticas de privatização para os estabelecimentos privados que integram a rede SUS e as empresas de planos de saúde em dois períodos: pré e pós-SUS. Essa abordagem, ainda que essencialmente exploratória, pode contribuir, quando mais decantada, para fornecer coordenadas mais precisas a respeito das vinculações do subsistema privado de saúde com o restante do complexo industrial da saúde.

Por enquanto, nosso estudo pretende tão-somente encarar o desafio de examinar em conjunto o privado no SUS e o privado no mercado de planos e seguros de saúde. Apesar da modéstia do escopo, a consecução da tarefa não é tão simples. São escassos os estudos que se detêm na privatização da rede assistencial do SUS e ainda não dispomos de uma literatura expressiva sobre as relações entre o público e o privado no mercado de planos e seguros de saúde. É essa constatação, ou seja, as lacunas no conhecimento, considerando um plano intermediário dos processos que circunscrevem as relações entre o público e o privado na assistência à saúde, que serve como fio condutor para a sistematização de informações sobre as políticas públicas implicadas no vasto mercado de estabelecimentos e empresas que comercializam procedimentos assistenciais e planos e seguros de saúde.



O PRIVADO-PÚBLICO E O PÚBLICO-PRIVADO NOS LIMITES INSTITUCIONAIS DA REDE ASSISTENCIAL DO SUS

O SUS, ou seja, o conjunto de instituições, normas e convenções que integram a rede pública de atenção à saúde, contabiliza em sua rede de serviços estabelecimentos particulares e privados contratados e estabelecimentos públicos vinculados com empresas privadas de planos e seguros de saúde. Ambas as alternativas de articulação entre público e privado derivam de arranjos político-jurídicos pretéritos à Constituição de 1988, que foram preservados, ampliados e modernizados ao longo da implementação do SUS.

Uma vez que o componente privado da rede assistencial do SUS não foi estatizado – nem no curto ou no médio prazo –, sua presença, nada desprezível, passou a ser encarada com relativa naturalidade. A imunidade e até ampliação do componente privado dos serviços de saúde que compõem a rede assistencial do SUS costuma ser atribuída, de modo genérico, ao subfinanciamento. Quando as chaves mestras (e não há dúvidas quanto à importância do subfinanciamento como variável explicativa) cedem às tentativas de adentrar os processos políticos e econômicos que articulam mercado e Estado no sistema de saúde brasileiro, recorre-se de preferência à díade ‘descentralização e privatização’. Registra-se ainda um terceiro enfoque, ou bem um desdobramento do segundo, o qual sublinha o sentido de determinação entre a natureza das normas legais do Ministério da Saúde, em especial aquelas categorizadas como centralizadoras/recentralizadoras, com o favorecimento ou desfavorecimento do componente privado do SUS. Além das reflexões voltadas para a análise das políticas de âmbito nacional, os diversos estudos sobre políticas estaduais, municipais de privatização, criação de fundações privadas acopladas a instituições públicas de saúde e terceirização da contratação de recursos humanos, de atividades assistenciais e da gestão em estabelecimentos públicos, sinalizam mudanças na dinâmica do público-privado no SUS.

Em um sentido amplo, a literatura sobre o processo de implementação do SUS abrange perspectivas diversificadas, especialmente no que se refere aos juízos de valor sobre os avanços/recuos de sua arquitetura. Mas há uma convergência em torno do reconhecimento sobre a sinergia entre as dimensões financeiras, institucionais e jurídico-legais envolvidas com o componente privado da rede assistencial do SUS.

Em termos talvez muito sintéticos e artificialmente desagregados, as hipóteses e os equacionamentos elaborados para estudar a estruturação e a dinâmica do SUS,



no que se refere direta ou indiretamente ao componente privado de sua rede assistencial, evidenciam que: 1) o subfinanciamento incide sobre a escassez ou a ausência de recursos para ampliação da capacidade instalada pública, degradação dos valores de pagamento de serviços, remuneração dos profissionais da saúde e deterioração das condições físicas dos estabelecimentos públicos de saúde; 2) os denominados 'efeitos paradoxais da descentralização', expressos na assimetria entre a delegação de responsabilidade e poder aos entes federados subnacionais, sobretudo os municípios, associam-se à autarquização, refletida na manutenção das formas de propriedade e autonomia dos estabelecimentos privados (em especial os hospitais) e fragmentação do sistema; 3) as normas do Ministério da Saúde ao reproduzirem o modelo de compra de procedimentos médico-hospitalares e condicionarem os repasses de recursos do Ministério da Saúde para determinados programas/ações emitem sinais opostos, pois reafirmam o padrão de inserção autônomo dos hospitais (majoritariamente privados) na rede SUS, bem como reduzem/cerceiam a autonomia política e administrativa de estados e municípios.

Entre os resultados desses estudos, destacam-se, para fins do dimensionamento do componente privado no SUS, as inferências com base em evidências empíricas sobre a cristalização da vocação de dois dos componentes da rede assistencial. As constatações do predomínio do público na atenção básica e do privado na assistência hospitalar. Tais conclusões corroboram as teses sobre a incompletude ou desvios do processo de implementação do SUS.

Dada a extensão e profundidade das análises disponíveis, as principais interrogações acerca das relações entre o público e o privado no interior do SUS já foram respondidas. Todavia, esse elevado patamar de conhecimentos, contextualizado pelo anúncio da retomada do papel do Estado no processo de desenvolvimento econômico e social e conseqüentemente expectativa de revitalização e efetivação das políticas públicas universais, repõe na agenda as perguntas sobre a situação atual e tendências da privatização no SUS. Mas, nos dias atuais, essas interrogações não possuem o mesmo frescor, simplicidade e contundência, daquelas enunciadas nos anos 1970 e 80.

Diante das profundas mudanças no ordenamento mundial, não basta a mera reafirmação ou negação de alinhamentos político-ideológicos, ainda que estes sejam essenciais às expressões de vontades e esperanças. O desafio a ser enfrentado, ou pelo menos equacionado, é a dinâmica de renovação das bases de sustentação do componente privado no sistema de saúde. Esse esforço requer não apenas a revisão criteriosa da produção científica e técnica acumulada, mas também a



disposição de identificar os vetores de reorganização das relações entre o público e o privado nos limites institucionais do SUS.

Àqueles que se aventurem a percorrer caminhos já trilhados, buscando identificar novos elementos na paisagem, exige-se a explicitação de pressupostos. Qual seria o ponto de partida? A privatização avançou ou retraiu? Quando e em que circunstâncias e tipos de serviços ou especialidades? Uma interrogação que pressupõe uma valoração negativa da privatização poderia ser assim enunciada: “Se a privatização não foi enfrentada antes, o que é possível fazer agora?” Uma indagação que esconde a inexorabilidade da convivência com a privatização: “Se a privatização é um fato, o que fazer para adequá-la às diretrizes do SUS? Uma avaliação positiva da publicização?” Enfim, um empreendimento analítico necessário, mas que ultrapassa em muito as modestas pretensões do presente artigo. O reconhecimento dos limites de uma abordagem exploratória não desautoriza a problematização de um subconjunto de informações sobre a rede assistencial público-privada do SUS e as políticas públicas em prol do privado.

OS NÚMEROS NÃO ‘MENTEM’, MAS TAMPOUCO ‘FALAM’ EXATAMENTE O QUE QUEREMOS OUVIR

Como se sabe, a rede assistencial do SUS compõe-se de estabelecimentos públicos e privados, que por seu turno abrigam uma miríade de formas de contratação de pessoal, equipamentos e serviços, e procedimentos. Os tipos puros – público e privado de um único empreendimento, praticamente inexistem. No linguajar cotidiano, o fato de um estabelecimento ser público ou privado não se associa necessariamente ao fato de seus serviços serem ‘próprios’. Estabelecimentos de saúde públicos e privados contratam terceiros para executar diversas atividades.

Assim, as múltiplas possibilidades de combinação entre a natureza jurídico-institucional do estabelecimento com a de seus serviços, equipes profissionais e atividades não são, por obrigação, levadas em conta para se classificar um estabelecimento ou suas atividades-fim como públicas ou privadas. Com isso, as profundas mudanças na composição interna público-privada dos estabelecimentos de saúde, especialmente os hospitalares, bem como na natureza dos vínculos das equipes de saúde – exceção para as do Programa de Saúde da Família (PSF) – têm merecido pouca atenção dos executores e pesquisadores das políticas de saúde e não redefinem ou qualificam os envoltórios públicos ou privados que revestem os inventários da capacidade instalada.



Costumamos nos basear nas informações sobre a capacidade instalada e a utilização de serviços para dizer que o “SUS avançou na atenção básica” ou ainda que o “o principal problema do SUS é a média complexidade”. Entretanto, esse disseminado sentimento sobre a existência de uma correlação linear entre o advento do SUS e alterações na oferta pública de serviços de saúde não é comprovável de imediato pelas informações disponíveis. De fato, é notável a oferta de serviços categorizados como públicos, ainda mais os rotulados sem internação. Todavia, as tendências de crescimento dos estabelecimentos de saúde tanto públicos como privados não são contemporâneas ao SUS e nem proporcionais à importância política da promulgação do direito universal à saúde.

Quando se comparam as tendências de crescimento pré e pós-SUS, com base nos dados das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária, verifica-se que a curva de aumento dos estabelecimentos ambulatoriais públicos precede a promulgação e a implementação do SUS. O cálculo da variação percentual do número de estabelecimentos nos intervalos de 1976-1988 e 1988-2005, mostra a superioridade da taxa de crescimento para os estabelecimentos públicos sem internação no período pré-SUS e a preservação da preponderância dos primeiros (cerca de três vezes mais numerosos do que os segundos) ao longo do tempo. Nota-se ainda que os estabelecimentos públicos com internação e leitos, ao contrário dos privados apresentam taxas positivas e mais elevadas de crescimento no período pós SUS (Tabela 1).

Mas, as irregularidades temporais entre a ampliação da demanda, o crescimento genérico ou decréscimo da oferta de estabelecimentos e leitos públicos não significa afirmar a inexistência de mudanças trazidas pelo SUS, em função de pelo

Tabela 1 – Número de estabelecimentos, segundo o regime e natureza jurídico-institucional. Brasil, 1976, 1988 e 2005

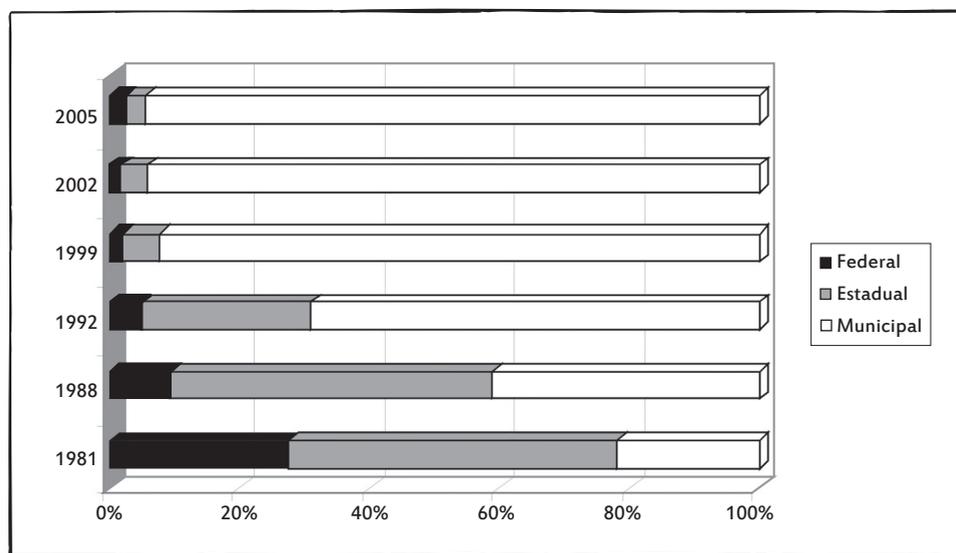
Tipo de estabelecimento	1976	1988	2005	Varição % 1976-1988	Varição % 1988-2005
Público com internação	960	1.823	2.727	89,90	49,59
Privado com internação	4.351	5.300	4.428	21,81	- 16,45
Público sem internação	5.805	19.649	41.260	238,48	109,99
Privado sem internação	2.017	6.860	14.068	240,11	105,07
Leitos públicos	119.062	120.776	148.966	1,44	23,34
Leitos privados	324.826	406.420	294.244	25,12	- 27,60

Fonte: Pesquisa Assistência Médica Sanitária, IBGE.

menos duas ordens de razões. Em primeiro lugar porque a rede SUS comporta estabelecimentos públicos e parte dos privados. Fato que implica a inclusão na contabilidade da rede SUS de uma parcela da capacidade instalada privada. Além disso, as transições demográficas e epidemiológicas e as inovações na organização da oferta de serviços de saúde modularam a capacidade instalada ao longo do tempo. Assim, é relevante enfatizar não apenas as mudanças nas dimensões e composição público-privada, mas as alterações estratégicas à efetivação da integralidade e universalidade da cobertura.

Uma das mais proclamadas e relevantes transformações na oferta de serviços no Brasil pós-SUS é a municipalização dos estabelecimentos de saúde, carregando consigo, entre outras mudanças, o expressivo aumento e diversificação dos postos de trabalho. A proporção de estabelecimentos públicos municipais em relação ao total dos públicos passou de 21,7% em 1981, para 41,2% em 1988; 68,2% em 1992; 92,2% em 1999; e 94,1% em 2005. Em números absolutos a oferta pública municipal cresceu exponencialmente no período pós-SUS: em 1981 foram registrados 2.961 estabelecimentos; em 1988, 8.551; em 1992, 18.662; em 1999, 30.404; em 2002, 36.095; e em 2005, 42.549. Enquanto o número de estabelecimentos da esfera federal e sobretudo da estadual diminuiu no mesmo período (Gráfico 1).

Gráfico 1–Proporção de estabelecimentos públicos de saúde segundo esfera administrativa. Brasil, diversos anos



Foram assimétricos os efeitos do aumento do número de estabelecimentos públicos com as mudanças nas atribuições pelas ações de saúde das esferas subnacionais, especialmente a municipal, sobre a composição público-privada e responsabilidade pela geração de postos de trabalho. Consistiram na pequena ultrapassagem dos empregos em estabelecimentos privados pelos públicos. Em 1978, 46,78% dos postos de trabalho estavam localizados em estabelecimentos privados e em 1982, 2002 e 2005, 51%, 56,9% e 52,3%, nos públicos, respectivamente. Por outro lado, a municipalização dos postos de trabalho é bastante evidenciada no período pós-SUS e parece não ter sido afetada pela informalização/precarização do trabalho na saúde da qual nos fala a literatura (Tabela 2 e Gráfico 2) (Nogueira, 2002).

Essas tortuosas linhas de expansão do público tornam-se ainda mais heterogêneas e complexas quando cotejadas com a situação do componente SUS-privado. De acordo com os dados disponíveis até 2005, o número de estabelecimentos SUS-privados não se alterou. As tendências de reordenamento interno dos recursos de cada estabelecimento de saúde (fenômeno em geral denominado 'fechamento/diminuição' de leitos para o SUS) e destinação universal ou particular dos recursos (equipamentos) adquiridos mais recentemente, que parecem marcadores mais adequados ao acompanhamento de determinadas dimensões da capacidade instalada do público e do privado nos limites institucionais do SUS, não foram captadas pelos recenseamentos de capacidade instalada.

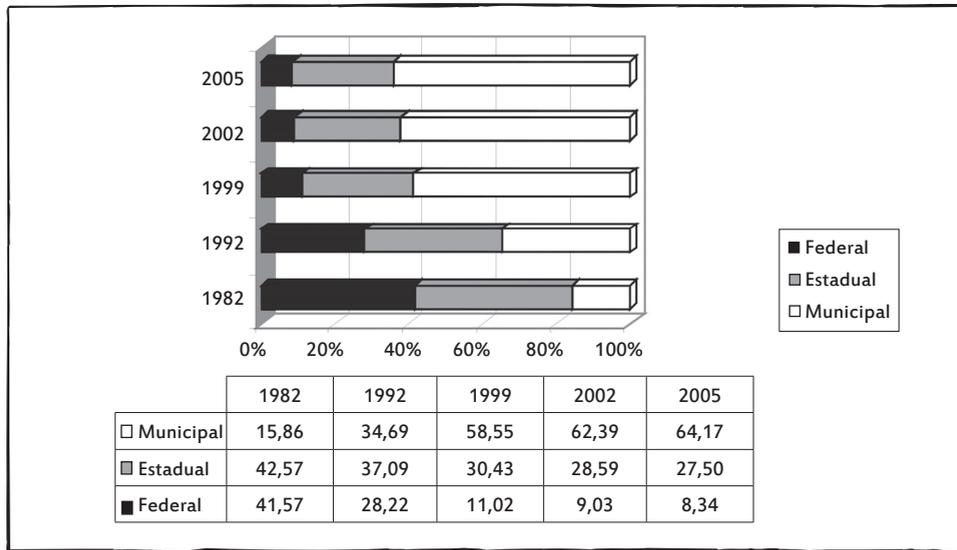
Sob um enfoque ainda mais pormenorizado, o tracejado público-privado que recorta a rede assistencial do SUS parece adquirir maior nitidez. Parte dos serviços e equipamentos privados integra a rede SUS. Dispomos de registros de cadastro

Tabela 2 – Distribuição dos postos de trabalho* nos estabelecimentos de saúde, segundo a natureza da entidade mantenedora. Brasil, 1982, 1992, 1999, 2002, 2005

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total Público	%	Total Privado	%	Total
1982	117.710	120.561	44.917	283.188	51,01	271.953	48,99	555.141
1992	113.987	149.838	140.152	537.688	51,98	496.680	48,02	1.034.368
1999	48.953	135.116	259.981	751.451	54,64	623.787	45,36	1.375.238
2002	62.708	198.546	433.322	870.361	56,87	660.050	43,13	1.530.411
2005	70.714	233.259	544.357	848.330	52,30	773.761	47,70	1.622.091

* Exclui os postos de trabalho classificados como empregos/função de administração.
Fonte: AMS/IBGE.

Gráfico 2 – Distribuição dos postos de trabalho em estabelecimentos públicos segundo esfera administrativa. Brasil, diversos anos



que nos fornecem informações acerca da dupla vinculação (pública e privada) de parte dos recursos assistenciais. Mesmo assim, permanece obscuro o resultado contábil da capacidade instalada deduzida da abertura ou fechamento de portas, no interior de cada estabelecimento privado que declara integrar a rede SUS, para segmentos populacionais definidos por fonte de remuneração do cuidado ou procedimento.

O padrão privado-público que caracteriza, por exemplo, a oferta de equipamentos de hemodiálise – propriedade privada e assistência universal: a maioria dos equipamentos são privados e 90,2%, em 2005, destinaram-se ao atendimento universal – não pode ser, automaticamente, extrapolado para outras áreas assistenciais. A composição público-privado de determinadas especialidades e equipamentos variou segundo um gradiente de uso universal ou não. No pólo público situaram-se a imunização e a internação domiciliar (cerca de 95% e 83% respectivamente); na zona privado-pública predominou a hemodiálise (82,5%), a radioterapia (55%) e a medicina nuclear (50%); e no pólo constituído pela parcela destinada exclusivamente a demandas privadas (planos e seguros de saúde privado) destacaram-se a ressonância nuclear magnética (56%), a radiologia odontológica (cerca de 55%) e a cirurgia oftalmológica a *laser* (52%) (AMS/IBGE, 2005).

De fato, se forem tomados de modo isolado, alguns indicadores de capacidade instalada questionariam idéias bastante difundidas. Quando dizemos que a “alta complexidade é pública” e que a “emergência é pública”, essas afirmações não correspondem de maneira unívoca ao fato de que os hospitais públicos possuam, necessariamente capacidade instalada mais ‘complexa’ do que os privados. As informações dos cadastros de estabelecimentos evidenciam que os hospitais privados abrigam a maior parte dos serviços de ‘alta complexidade’ como quimioterapia, centro de tratamento intensivo, cirurgia cardíaca e até unidades de emergência. Constata-se o predomínio privado, quer como forma de propriedade, quer na destinação do serviço/equipamento, em diversas áreas assistenciais, inclusive nas prioritárias para o Ministério da Saúde, como na detecção precoce de neoplasia (em 2005, apenas 15% dos mamógrafos eram públicos e cerca de 50% dos demais aparelhos destinavam-se exclusivamente ao atendimento não universal) (AMS, 2005).

Por outro lado, as aceções sobre a forte presença pública em determinadas especialidades e a privada em outras não deve ser descartada em virtude apenas de conclusões extraídas do somatório de estabelecimentos, postos de trabalho ou equipamentos. A capacidade instalada, a oferta de serviços, não é traduzível de imediato em coberturas, utilização de serviços e muito menos ‘acesso’. Assim, a variação do teor público-privado decerto é condicionada pela quantidade e natureza jurídico-institucional da oferta, mas também por filtros internos que graduam o franqueamento ou não à utilização dos serviços. Os registros que informam que um mesmo determinado espaço físico ou equipamento está disponível ao atendimento universal e ao não universal ainda têm pouca tradução prática, porque ainda é incipiente o conhecimento sobre o *modus operandi* das aberturas e fechamentos das portas públicas e privadas.

O REORDENAMENTO PÚBLICO-PRIVADO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DA REDE SUS

O pensamento generalizante segundo o qual “o SUS é o responsável pela atenção básica e alta complexidade” é por vezes acompanhado da visualização de uma rede assistencial ‘pública’, conformada por unidades de saúde básicas ou complexas. Daí o público seria o repositório dos recursos destinados à remuneração de procedimentos caros. Contudo, essa idéia não mantém uma correspondência unívoca com os espaços ocupados pelo público em relação à capacidade instalada, produção de serviços e destino dos gastos com saúde.

Tomando como referência a produção de serviços e os gastos realizados pré-SUS e pós-SUS observa-se um movimento contraditório: o notável aumento da quantidade de atividades assistenciais pelos prestadores de serviços públicos, principalmente os ambulatoriais municipais e a relativa estabilidade no volume de transferências de recursos financeiros governamentais para o privado-público.

Entre 1981¹ e 2005, o número de consultas médicas por habitante da rede previdenciária e pública aumentou de 1,7 para 2,5. Nesse mesmo período, os exames de patologia clínica por consulta aumentaram sem parar (0,29 em 1981 e 0,75 em 2005) e os de radiologia (imagem), também, porém de modo mais discreto (0,07 em 1981 e 0,13 em 2005). Inversamente o número de internações decresceu (8,8 internações por 100 habitantes em 1981 e 6,2 em 2007), sobretudo em decorrência das mudanças no perfil de morbi-mortalidade e suas repercussões sobre os regimes e conteúdos assistenciais (Tabela 3). Registre-se ainda que a elevação da produção de procedimentos de alto custo pré e pós-SUS foi bastante superior à de consultas médicas. O número de sessões de hemodiálise (terapia renal substitutiva) e quimioterapia por 1.000 habitantes passou de 3,51 em 1981 para 7,17 em 1987; 30,43 em 1997 e 52 em 2007. E o de tomografias computadorizadas passou de 0,39 por 1.000 habitantes em 1987 para 7,34 em 2007. Observa-se ainda a intensificação da utilização de procedimentos como radioterapia, medicina nuclear e hemoterapia (Tabela 4).

A justaposição das alterações na quantidade de serviços e os procedimentos com as mudanças na capacidade instalada reordenaram a composição público-privada da rede assistencial de acesso universal. No período pré-SUS, a participação dos prestadores privados, especialmente na produção de internações, era predominante (cerca de 30% e 36% das consultas e 70% e 80% das internações em 1981 e 1987, respectivamente). Após a implantação do SUS, em 1997, o componente público da rede SUS realizou 77,5% das consultas e 22% das internações e, em 2007, 88% das consultas e 43% das internações (Gráfico 3).

Essa nova geometria público-privada continuou a abrigar arranjos assistenciais com base no predomínio do privado-público. O perfil privado-público de determinadas especialidades e procedimentos, categorizados como de alto custo, não foi modificado, ao contrário, em certos casos se acentuou. Os prestadores privado-públicos permaneceram controlando a produção de procedimentos de hemodiálise (pelo menos 93% em 1987 e 94,5% em 2007); radioterapia (pelo menos 89,5% em

¹ Considerando apenas as registradas pelo Inamps (Inamps em Dados, 1981).

Tabela 3 – Número de internações, consultas e exames. Brasil, 1981 a 2007

Ano	População	Internações	Consultas médicas	Exames Patologia	Exames Radiologia	Internação/ 100 hab	Consultas/hab	Exames Patologia clínica/ Consulta	Exames Radiologia/ Consulta
1981	121.381.328	10.778.148	202.589.387	58.393.504	14.674.305	8,88	1,67	0,29	0,07
1982	124.250.840	13.070.882	206.284.445	56.769.036	15.105.718	10,52	1,66	0,28	0,07
1983	127.140.354	12.071.162	218.577.113	57.895.294	14.940.480	9,49	1,72	0,26	0,07
1984	130.082.524	12.669.349	235.658.680	61.045.506	15.222.992	9,74	1,81	0,26	0,06
1985	132.999.282	12.095.740	238.362.699	64.081.726	14.324.724	9,09	1,79	0,27	0,06
1986	135.814.249	11.394.826	237.525.183	63.033.769	13.666.873	8,39	1,75	0,27	0,06
1987	138.585.894	11.758.245	246.642.029	69.299.251	13.684.896	8,48	1,78	0,28	0,06
1988	141.312.997	11.927.361				8,44			
1989	143.997.246	12.193.633				8,47			
1990	146.592.579	12.562.830				8,57			
1991	149.094.266	14.411.810				9,67			
1992	151.546.843	12.333.702				8,14			
1993	153.985.576	15.617.080				10,14			
1994	156.430.949	15.367.326				9,82			
1995	158.874.963	13.275.064	344.973.557	172.829.516	33.433.042	8,36	2,17	0,50	0,10
1996	161.323.169	12.530.882	346.722.508	181.532.654	34.529.874	7,77	2,15	0,52	0,10
1997	163.779.827	12.351.464	361.443.046	194.747.264	37.033.650	7,54	2,21	0,54	0,10
1998	166.252.088	12.248.632	358.089.170	208.197.240	39.166.171	7,37	2,15	0,58	0,11
1999	168.753.552	12.438.376	375.416.936	221.915.886	41.560.466	7,37	2,22	0,59	0,11
2000	171.279.882	12.426.137	395.318.555	246.491.759	42.315.312	7,25	2,31	0,62	0,11
2001	173.821.934	12.227.236	420.861.397	265.522.457	45.657.371	7,03	2,42	0,63	0,11
2002	176.391.015	12.233.702	445.005.827	288.865.492	50.119.579	6,94	2,52	0,65	0,11
2003	178.985.306	12.094.875	445.289.520	300.986.002	52.377.253	6,76	2,49	0,68	0,12
2004	181.586.030	11.953.856	444.698.920	316.528.146	55.134.139	6,58	2,45	0,71	0,12
2005	184.184.264	11.861.494	461.252.669	344.995.361	58.323.950	6,44	2,50	0,75	0,13
2006	186.770.562	11.721.412				6,28			
2007	189.335.118	11.718.182				6,19			

Fontes: 1981 a 1987, Inamps em Dados 1981, 1983 e 1987

2001 a 2005 – Datasus – Indicadores de Saúde (Indicadores e Dados Básicos) e Informações Internações Hospitalares e Informações Produção Ambulatorial <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?>>

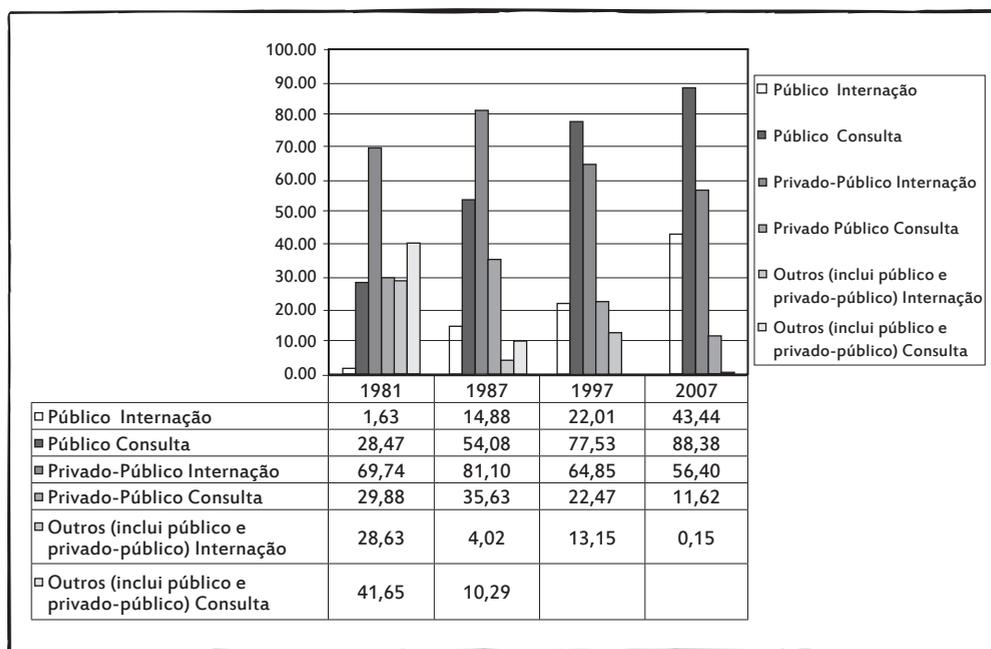
Tabela 4 – Evolução da utilização de procedimentos selecionados. Brasil, 1981, 1987, 1997 e 2007

Procedimentos	1981		1987		1997		2007	
Radioterapia	2.524.673	20,80	2.911.182	21,01	4.917.670	30,03	7.158.572	37,81
Hemodiálise	813.625	3,51	993.389	7,17	4.983.541	30,43	9.829.411	51,92
Quimioterapia	426.042	2,29	292.424	2,11	567.654	3,47	1.795.042	9,48
Tomografia computadorizada			54.164	0,39			1.390.479	7,34

Fontes: Inamps em Dados, 1981 e 1987 (Datusus).

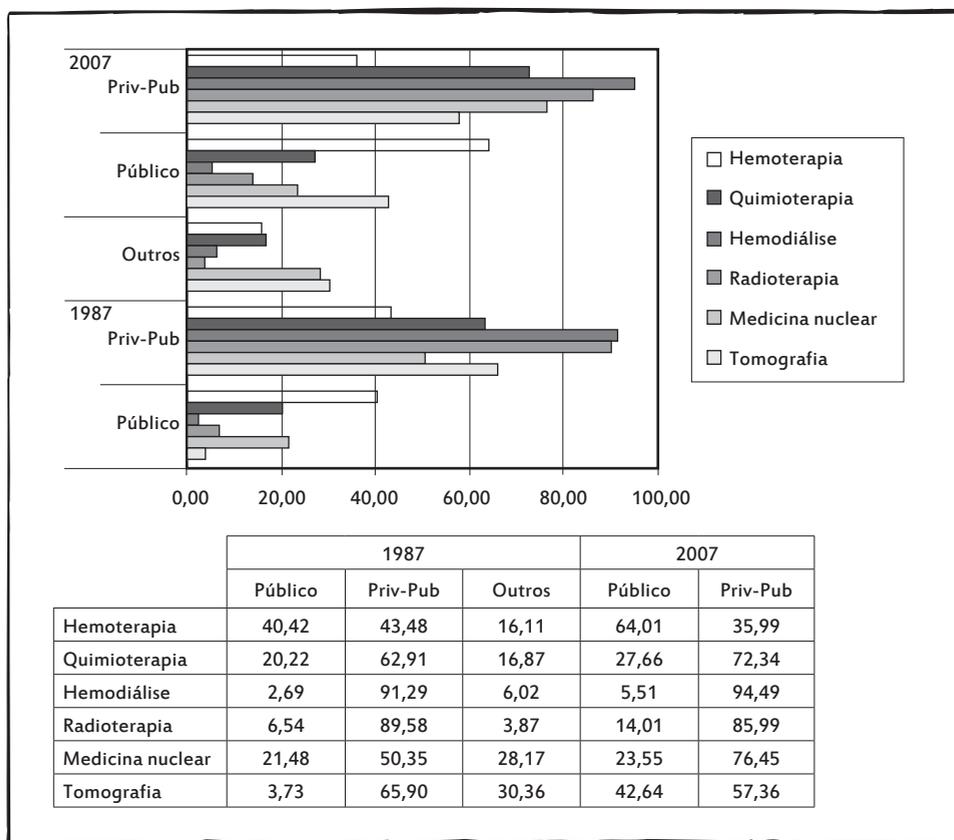
Dados populacionais: 1981 (121.381.328); 1987 (138.585.894); 1997 (163.779.827); 2007 (189.335.118). IBGE Estimativas de População.

Gráfico 3 – Proporção de consultas e internações segundo tipo de prestador pré-SUS e pós-SUS. Brasil, 1981, 1987, 1997 e 2007



1987 e 86% em 2007); medicina nuclear (pelo menos 50% em 1987 e 76,5% em 2007) e quimioterapia (pelo menos 63% em 1987 e 72,3% em 2007). Essa tendência, não se estendeu à produção de tomografias computadorizadas (3% em 1987 e 43% em 2007) e hemoterapias (40% em 1987 e 65% em 2007) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Proporção de procedimentos realizados por prestadores públicos e privados-públicos. Brasil, 1987 e 2007



DESTINAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS DO INAMPS/MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA PRESTADORES PÚBLICOS E PRIVADOS

Entre os reflexos das mudanças na composição público-privada na produção de serviços da rede assistencial pública situam-se as alterações no volume e no destino dos recursos federais para prestadores públicos e privados (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/Inamps e Ministério da Saúde/MS). A participação dos prestadores públicos aumentou muito (25% em 1981, 39% em 1987, 37% em 1997 e 47% em 2007), enquanto a dos privados-públicos foi reduzida de 72% em 1981 para 50% em 2007. O volume de recursos que apresentava uma tendência acentuada de aumento no período pré-SUS reduziu-se de modo

dramático no intervalo 1987-1997 e, apesar da elevação entre 1997 e 2007, não chegou a atingir o mesmo patamar de 1981 (Tabela 5).

Quando são detalhadas as mudanças na composição público-privada do fluxo de recursos federais considerando-se os componentes público e privado da Medicina Previdenciária (em 1981 e 1987) e do SUS (1997, 2007), verifica-se que: a tendência de ampliação dos recursos para estados e municípios renunciou-se no período pré-SUS (5% em 1981 e 37% do total de recursos assistenciais em 1987); a curva de elevação da destinação dos recursos para os prestadores filantrópicos ocorreu e se acentuou no período pós-SUS (5% em 1987, 22% em 1997 e 32% em 2007); a participação dos prestadores contratados privados e dos públicos federais foi intensamente reduzida (Gráfico 5).

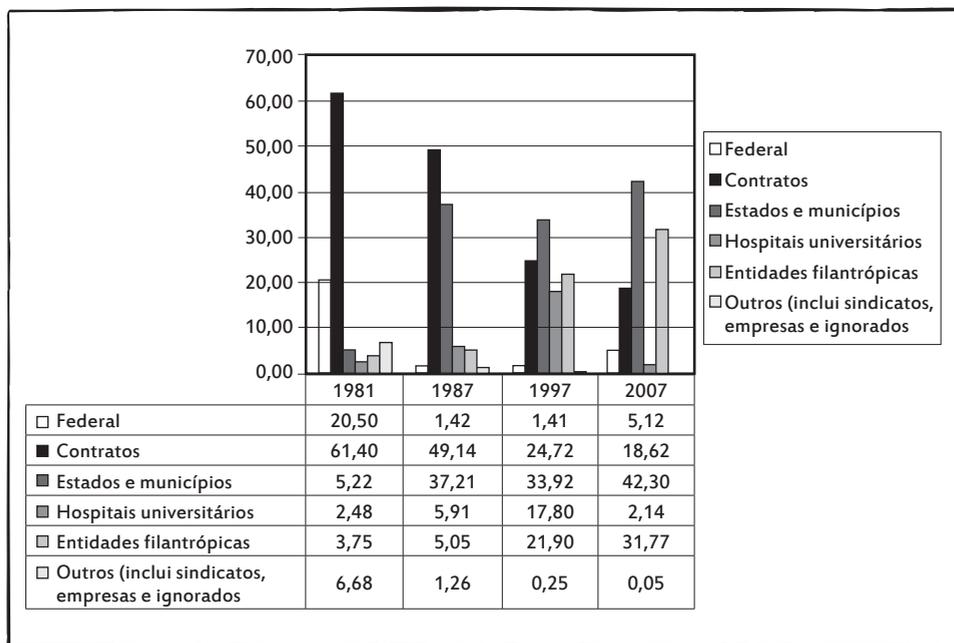
A complexidade da arquitetura dos deslocamentos dos repasses privado-públicos traduz-se, entre outros marcadores, na evolução dos valores unitários médios de remuneração de internações hospitalares. Os preços das internações dos prestadores privados foram maiores do que os destinados aos estabelecimentos públicos, especialmente nos anos 1990. A partir de 2001, os preços das internações realizadas em estabelecimentos públicos e privados tenderam a se aproximar. A superioridade dos valores de remuneração dos hospitais universitários em relação aos privados-públicos manteve-se mais elevada entre o final dos anos 1980 e ao

Tabela 5 – Repasses para despesas assistenciais, segundo natureza jurídica dos prestadores de serviços

Natureza do prestador do serviço	1981	%	1987	%	1997	%	2007	%
Público	84.228.500.000	25,71	63.228.487.000	38,63	2.423.207.642	36,85	8.850.015.445	47,44
Privado-público	235.225.332.000	71,81	90.781.095.000	55,46	2.932.533.840	44,59	9.404.239.904	50,41
Hospitais universitários	8.112.690.000	2,48	9.679.589.000	5,91	1.220.671.194	18,56	399.967.455	2,14
Total	327.566.523.981	100	163.689.172.987	100,00	6.576.412.676	100,00	18.654.222.804	100
Total corrigido					12.671.050.512			
IPCA-IBGE*	20.614.606.058		50.233.817.325					

* Valores corrigidos pelo IPC-A Banco Central para janeiro de 2007 <<http://www4.bcb.gov.br/pec/Correcao/>>.
Fontes: Inamps em Dados, 1981 e 1987; Datasus, 2008.

Gráfico 5– Distribuição de repasses para assistência à saúde (ambulatorial e hospitalar) pelo Inamps e Ministério da Saúde segundo tipo de prestador de serviço. 1981, 1987, 1997 e 2007



longo da década de 90. Por isso, a sugestiva queda dos preços das atividades destes últimos, na década de 2000, deve ser encarada com cautela em função das alterações específicas na taxonomia destes prestadores de serviços (Gráfico 6).

O aumento, em termos reais dos preços das internações hospitalares não foi homogêneo para os distintos tipos de estabelecimentos hospitalares. Entre os públicos, o crescimento dos valores das internações dos hospitais federais e estaduais foi maior do que o dos municipais. Estes últimos, que ocupavam a penúltima posição de valor médio por internação em 1997, passaram para a última em 2007. No subconjunto dos privados, a ampliação dos preços das internações dos filantrópicos foi maior do que a obtida pelos contratados (Tabela 6). A seletividade e reposicionamento dos estabelecimentos filantrópicos na rede SUS podem ser exemplificados em relação às cirurgias cardíacas – mais de 70% delas, feitas na rede SUS, foram realizadas por prestadores privados em 2007, sendo 57% pelos hospitais filantrópicos aos quais foram destinados 59% do total de despesas (Tabela 7).

Tabela 6 – Estimativa da variação, preços unitários de internações, segundo tipo de prestador de serviço. Brasil, 1997 e 2007 (valores corrigidos pelo IPCA)

Tipo de estabelecimento hospitalar	1997 Valor nominal médio	1997 Valor ajustado	2007 Valor nominal médio	Variação percentual 2007-1997 (preço de 1997 ajustado)
Próprio	220,73	434,52	537,5	19,16
Contratado	240,17	454,27	585,04	22,35
Contratado optante pelo Simples	175,98	332,86	524,3	36,51
Federal	143,56	277,21	1022,38	72,89
Federal verba própria	266,83	504,7	465,97	-8,31
Estadual	209,46	396,18	716,9	44,73
Municipal	163,04	308,38	421,05	26,75
Filantrópico	194	367	608,59	39,69
Filantrópico isento de tributos e contribuições sociais	237,14	448,54	781,96	42,64
Filantrópico isento IR e contribuições s/lucro líquido	188,07	355,73	959,78	62,93
Sindicato	149,35	282,49	346,96	18,58

Tabela 7 – Quantidade e despesas com cirurgia cardíaca na Rede SUS, segundo tipo de prestador de serviço. Brasil, 2007

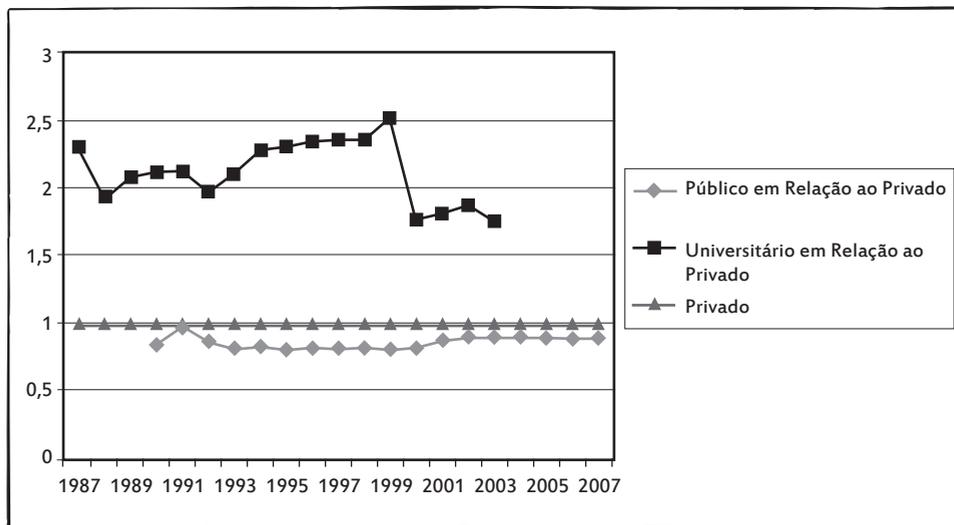
	Quantidade	%	Remuneração	%
Público	65.206	28,11	244.017.160,98	27,49
Privado	166.768	71,89	643.604.442,29	72,51
Filantrópico	132.648	57,18	528.457.337,28	59,54
Contratado	34.120	14,71	115.147.105,01	12,97
Ignorado	14	0,01	10.561,00	0,00
Total	231988	100,00	887.632.164,27	100

Fonte: Datasus, 2008.

MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO PÚBLICO-PRIVADA DA REDE SUS

A publicização da rede assistencial de saúde universal, pós-SUS, é evidente. Houve ampliação do componente público, em termos de capacidade instalada, produção de serviços e repasses financeiros. Contudo, tal expansão não ocorreu de maneira proporcional e simultânea. Parte das mudanças na composição público-privada,

Gráfico 6 – Relações entre os valores de remuneração de internações hospitalares (público/privado e universitário/privado). Brasil, 1987-2007



como o incremento da capacidade instalada ambulatorial pública e dos postos de trabalho, bem como a elevação dos repasses financeiros federais para prestadores públicos já havia sido anunciada na primeira metade dos anos 1980. A partir dos anos 1990 essas tendências se acentuaram ou se consolidaram.

Outras mudanças como: 1) aumento da capacidade instalada hospitalar; 2) crescimento exponencial da assistência ambulatorial; 3) elevação da produção de consultas e de internações hospitalares por órgãos públicos; e 4) a municipalização dos postos de trabalho são marcas dos anos 90. No mesmo período pós-SUS, a participação do componente privado-público, especialmente o subcomponente filantrópico, na produção de determinados procedimentos de maior complexidade permaneceu estabilizada ou até se ampliou.

Não se poderia deixar de ressaltar que a relação de modificações considerada é bastante incompleta e até mesmo insensível às profundas transformações nos padrões de distribuição dos recursos federais. Basta dizer que em 1979 o número de internações por habitante remuneradas pelo Inamps no Maranhão era quatro vezes menor do que em São Paulo e o de consultas sete vezes inferior aos do Rio de Janeiro. Tampouco as parcas informações compiladas são suficientes e adequadas à sistematização de evidências de outros relevantes avanços do SUS, quer no âmbito jurídico-institucional, quer no operacional.

A despeito dessas limitações, os dados coligidos sinalizam duas ordens de mudanças expressivas na composição público-privada da rede SUS. A primeira refere-se ao crescimento da capacidade instalada pública. E a segunda diz respeito à notável ampliação do subcomponente filantrópico e decréscimo do contratado no âmbito do componente privado.

Dada a velocidade, extensão, profundidade e complexidade jurídico-institucional que envolve as transformações na composição público-privada da rede SUS, seria inapropriado atribuí-las exclusivamente a processos incrementais ou ainda a fatores extra-setoriais. O fenômeno que conjuga a 'retirada' dos prestadores contratados e a expansão dos filantrópicos e dos públicos na rede SUS certamente reflete os interesses de agentes sociais traduzidos em políticas públicas.

Apesar de as pistas apontarem para a necessidade de estabelecer as relações entre as políticas públicas e a reconfiguração da rede de saúde pública, a mera apresentação do movimento de 'sobe e desce' de algumas evidências empíricas também dá voz aos que tentam explicar todas as mudanças no sistema de saúde brasileiro pela imposição de um simplificado modelo reducionista de dose-resposta. Os que supõem que o aumento do número de clientes de planos e seguros de saúde é a variável, independentemente de um modelo de explicação sobre as mudanças no sistema de saúde brasileiro, reafirmarão a existência de uma dupla 'saída'. Parte da capacidade instalada do subcomponente contratado da rede previdenciária teria acompanhado o traslado da parcela dos então beneficiários da Previdência Social que migraram do público para o privado.

E como não são poucos os que ativa ou inadvertidamente consentem com um esquema explicativo com base na renúncia *a priori* de interpretar o sistema de saúde brasileiro tomando-se por base o SUS, é preciso persistir avisando-os acerca da dissociação entre os fatos e idéias. A não-correspondência numérica e temporal entre a retração da parcela privado-contratada e a expansão da feição filantrópica do componente privado-público com o crescimento do contingente de clientes de planos e seguros privados de saúde não recomenda a subtração da dimensão política da análise das políticas de saúde. Até porque não foram nem escassas e nem sutis as iniciativas no plano das políticas de saúde que incidiram sobre a reorganização do sistema de saúde brasileiro, em particular sobre a rede de assistência à saúde desde os anos 1980. Porém, o detalhamento e a análise dessas políticas também requereriam uma investigação mais alentada. Por esse motivo os apontamentos seguintes resumem-se à identificação de algumas normas voltadas para a reorientação das relações entre o Estado e o subcomponente privado-público.

A partir dos anos 1980, no contexto do acirramento da anunciada crise financeira e as denúncias de fraude dos serviços de saúde da Previdência Social à intervenção estatal, que antes havia sido decisiva para imprimir uma acelerada privatização do sistema de saúde brasileiro, assume formalmente a direção do fortalecimento do segmento público e filantrópico. Como assinalam Jaime Antonio de Araújo Oliveira & Sonia Fleury Teixeira (1989: 293-195) e Hésio Cordeiro (1991: 69), as medidas postas em prática de sanear a crise da Previdência Social do final dos anos 1970, calcadas na racionalização da assistência médico-hospitalar, voltaram-se contra parte dos prestadores privados. E, diga-se de passagem: os mesmos que foram estimulados por políticas previdenciárias de credenciamento indiscriminado e empréstimos estatais pretéritos. A elevação da temperatura dos conflitos pelas reiteradas denúncias de fraudes, especialmente dos denominados ‘baús’ (atendimentos de urgências ambulatoriais) e inconformidade dos hospitais privados às medidas de controle (informatização) da produção de atividades determinaram o anúncio do deslocamento das políticas previdenciárias estatizantes privatizantes. Os traços adicionais do novo arranjo público-privado delinear-se pela perspectiva de investimento na rede pública e manifestações de entidades filantrópicas, em particular do provedor da Beneficência Portuguesa de São Paulo, Antonio Ermírio de Moraes, contrárias à paralisação dos hospitais privado-públicos (credenciados) (Cordeiro, 1991: 24).

As declarações sobre a mudança de inclinação da Previdência Social foram explicitadas no decreto de instituição do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) de 1981² e na Portaria n. 3.046 de 1982. Essa última apresentou, com clareza, a complexa proposta de redesenho das relações entre o público e o privado para o sistema de saúde brasileiro. A égide da plena ocupação da capacidade instalada pública traduziu-se na opção pela arquitetura público-filantrópica. Para reverter o modelo privatizante, substituiu-se, em 1982, o ministro Jair de Oliveira Soares³ – cujo perfil político e acusações de envolvimento com as fraudes não se coadunavam com a implementação de medidas de controle

² O Conasp foi instituído pelo Decreto n. 86.329, de 2 de setembro de 1981, de autoria da Presidência da República. O artigo 4º, inciso IV, que diz respeito às atividades do Conasp propõe a “descentralização de atividades e adequada participação dos setores públicos e privados”.

³ Ministro da Previdência de 15/03/1979 a 07/05/1982, durante o governo de João Figueiredo, governador do Rio Grande do Sul eleito pelo PDS em 1982.

⁴ Funcionário público, foi secretário do Interior e Planejamento (1960-1965) no governo de Carlos Lacerda, no então estado da Guanabara, e encarregado da reforma administrativa no

dos gastos – por Hélio Beltrão,⁴ portador de uma biografia marcada pela austeridade. E para viabilizar a priorização dos prestadores públicos, propugnou-se a utilização de parâmetros assistenciais populacionais com o intuito de impedir o credenciamento indiscriminado de serviços privados e a determinação de ocupar a capacidade instalada existente de serviços públicos (incluindo os serviços próprios da Previdência Social, outras instituições de saúde federais, estaduais e municipais) e mediante a convocação dos hospitais universitários e entidades filantrópicas para compor redes regionalizadas de saúde.

Cumpre esclarecer que a proposta de mobilização dos serviços públicos estaduais e municipais, entidades filantrópicas e hospitais universitários, que naquele momento experimentavam dificuldades distintas de inserção no sistema de saúde, atendiam às expectativas de modernização não apenas da oferta de serviços de saúde, mas também das relações intergovernamentais. Assim, as estratégias de recomposição da rede de assistência médico-hospitalar da Previdência Social procuravam responder tanto às demandas de descentralização política, administrativa e financeira, quanto ao intenso processo de sucateamento das Santas Casas (sobretudo as do interior) e necessidade de construção, ampliação das instalações e garantia de aportes financeiros sistemáticos para os hospitais universitários.

Desde então, essas três diretrizes, ao lado da racionalização dos credenciamentos com prestadores privados, passaram a integrar o repertório permanente de reorganização do sistema de saúde brasileiro. Sob o enfoque estrito do acompanhamento da recomposição das relações entre o público e o privado importa realçar um conjunto de normas legais e posicionamentos de agentes envolvidos com as mudanças que contribuem para sintetizar, em diferentes conjunturas, as traduções operacionais e as marchas e contramarchas da implementação das estratégias da Previdência Social e posteriormente do Ministério da Saúde de priorização do público.

No início dos anos 1980, em meio a mudanças nos processos gerenciais de articulação entre órgãos públicos, pretendeu-se não apenas aprimorar o desempenho da rede assistencial pública por meio da transferência de recursos financeiros para estados e municípios, como também se estabeleceu o índice de valorização hospitalar para os hospitais universitários e, em alguns estados, instituiu-se a remuneração dos serviços produzidos pelas entidades filantrópicas, rompendo com os

primeiro governo militar (1964-1967), e do presidente Castello Branco, e ministro do Planejamento (1967-1969) do general Costa e Silva. No governo de João Figueiredo (1979-1985), foi ministro da Desburocratização (1979-1983) e da Previdência (1982-1983). Presidiu a Petrobrás (1985-1986) no governo José Sarney.

aportes de recursos da Previdência Social mediante subsídios fixos definidos pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural)⁵ na década de 1970.

Na Nova República,⁶ intensificaram-se os esforços para privilegiar os serviços públicos. As propostas e reativação de instalações ambulatoriais e hospitalares públicas e de criação de terceiros-turnos e serviços de urgência 24 horas, reforço orçamentário e reajustes condignos da co-participação financeira da Previdência Social na manutenção e expansão do custeio dos serviços públicos federais, estaduais e municipais e os investimentos na estruturação de uma nova base de relação com os prestadores privados compuseram o núcleo estratégico de atuação dos sanitaristas que ocuparam cargos de direção no Inamps.

As concepções sobre as relações públicas com o ‘setor privado’ dos apoiadores da ‘estatização progressiva’, aprovada na 8ª CNS em contraposição à proposta de ‘estatização imediata’ apoiaram-se no pressuposto da viabilidade de rever a natureza dos contratos com os prestadores privados transformando-os em ‘concessão’. A aceção de que a “a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público ‘concedido’ e o contrato regido sob as normas do Direito Público” orientou o debate sobre a inserção da saúde no texto constitucional e os primeiros passos da política setorial em direção ao reordenamento das relações entre o público e o privado (8ª CNS, 1986, grifos meus).

No entanto, as intenções de mudar as bases jurídico-legais dos contratos público-privados não se operacionalizam na esfera institucional-administrativa e tampouco se traduziram integralmente no texto da Constituição de 1988. O depoimento de Cordeiro evidencia que em 1986, os hospitais privados lucrativos se recusaram a aderir ao “contrato-padrão”⁷ e as entidades filantrópicas negaram a alternativa, apresentada desde a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) de identificá-las com a rede pública (Cordeiro, 1991: 106-107). E, de acordo com o testemunho de Eleutério Rodriguez Neto, as pressões das representantes dos empresários da saúde, que não disputaram suas posições na 8ª CNS, mas influenciaram

⁵ Ver Decreto n. 73.617 de 12 de fevereiro de 1974, no Anexo 2.

⁶ Denominação do período delimitado pela eleição, no Colégio Eleitoral, em 2005, do candidato ao cargo de Presidente da República por Tancredo Neves, que foi apoiado pelo PMDB e pelo Partido da Frente Liberal (PFL) – este último criado a partir das discordâncias de integrantes do Partido Democrático como Marcos Maciel, José Sarney e Aureliano Chaves, com a candidatura de Paulo Maluf. A aliança PMDB-PFL – a Aliança Democrática – expressou-se na indicação de José Sarney como candidato a vice-presidente.

⁷ Portaria n. 3893, de 11 de dezembro de 1986, do Ministério da Previdência Social.

o processo de debate e redação do capítulo da saúde, resultaram numa solução negociada do artigo 199⁸ da Constituição de 1988. As propostas derivadas da 8ª CNS propugnavam que todas as ações e serviços de saúde integrariam o SUS, que as ações e os serviços de saúde são de natureza pública e que compete ao poder público a regulamentação, a execução e o controle das ações de saúde e que os serviços prestados poderiam participar (Rodriguez Neto, 2003: 99-103).

Esses embates, travados num contexto de significativas mudanças nas relações entre o Ministério da Saúde e Inamps, destes com as secretarias de saúde estaduais e municipais e tensões em torno das propostas de privatização, via seguro básico obrigatório,⁹ geraram resultados contraditórios. Por um lado, a oferta e a produção de serviços públicos e filantrópicos se ampliaram e a dos privados contratados foi reduzida. Por outro lado, a inviabilização da mudança da natureza dos contratos com os hospitais contratados com entidades filantrópicas e ainda com os hospitais universitários reatualizou o padrão de compra de serviços e procedimentos que se pretendia superar. Com isso, a face de modernização assumida pelas entidades filantrópicas e dos hospitais universitários – a de vendedores de serviços – para ingressar definitivamente na rede SUS assemelhou-os aos hospitais privados contratados.

A remontagem das articulações entre o público e o privado não apenas deslocou os mecanismos instituídos durante o regime militar de intermediação de interesses, mas também propiciou o fortalecimento das entidades de representação das

⁸ Os setores conservadores organizaram-se em torno do 'Centrão' (parlamentares e entidades representantes das entidades patronais e determinados setores governamentais). Na saúde, a bandeira empunhada pelos empresários, entre outros a Federação Brasileira de Hospitais, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Unimed, ou seja, a do combate à estatização, foi acolhida por parlamentares do Centrão, liderados pelo deputado federal Reinhold Stephanes do Partido Democrático Social (PDS) – atualmente está licenciado do cargo de deputado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) – para ocupar a pasta de Ministro da Agricultura. Segundo o Art. 199, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. “§ 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º – É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º – É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.”

⁹ Em 1993 os empresários da saúde elaboraram uma emenda aditiva ao Projeto de Lei de Extinção do Inamps (Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993): o plano básico de assistência médica. A proposta de introdução no sistema de saúde brasileiro o seguro privado obrigatório para os contribuintes da Previdência Social e seus dependentes voltava à agenda dos debates por conta das mudanças no texto constitucional referentes à Previdência Social.

secretarias de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde/Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/Conasems). Assim, a extensão das arenas de negociação das demandas particulares e do detalhamento das políticas de saúde nas instâncias do Executivo para as do Legislativo projetou lideranças como as entidades de representação dos secretários de saúde e deslocou os *lobbies* dos empresários da saúde 'de dentro' das instituições do Poder Executivo para o Congresso Nacional.

Durante a década de 1990, na esteira dos convênios do Ministério da Saúde com os municípios e estados e dilemas do subfinanciamento, acentuou-se a retração da participação dos prestadores privados contratados na rede SUS. A instituição de parâmetros para o repasse de recursos do Ministério da Saúde para estados mediante a definição dos tetos financeiros, balizados pela oferta existente e restrição dos limites quantitativos de internações hospitalares,¹⁰ na vigência dos critérios de priorização dos prestadores públicos e filantrópicos, redefiniu, na esfera nacional, a magnitude do componente privado na rede SUS. Os efeitos do contingenciamento de recursos financeiros federais, enrijecimento dos critérios para os repasses e, segundo Carvalho (1993), a equiparação do *status* das secretarias de saúde, por normas governamentais, a dos produtores de serviços, influenciaram a replicação das relações de compra e venda de serviços na esfera municipal.

Entre as conseqüências das mudanças nas regras do jogo das relações entre o público e o privado situam-se a descentralização e submissão aos conselhos de saúde de parte das negociações para manutenção e inclusão de prestadores privados de saúde nas redes locais. A ampliação das responsabilidades assistenciais e jurisdição de estados e, principalmente, dos municípios para reorganizar suas redes de saúde, trazendo consigo uma parcela das pressões dos empresários da saúde para os níveis subnacionais e, resultou no estabelecimentos de tramas muito complexas de relações público-privadas localizadas (Campos, 2006).

As relações público-privadas locais – estabelecidas em torno de negociações envolvendo desde a manutenção e inclusão de empresas privadas de saúde na rede SUS, concessão de autorização para instalação e funcionamento, passando pela opção por enquadramentos tributários até a anuência com o pagamento de valores de remuneração de procedimentos acima da tabela do Ministério da Saúde – ensejaram, por sua vez, uma reorganização empresarial, cujo dinamismo e expressão político-partidária ultrapassaram fronteiras geográficas e administrativas.

¹⁰ Portaria MS/SAS n. 15 de 3 de março de 1995 e Portaria n. 74 de 24 de julho de 1995.

Da parte do Ministério da Saúde, os reajustes diferenciados de procedimentos de sua tabela, quer aqueles balizados por critérios clínicos e epidemiológicos, quer os obtidos em função das diferenças das bases técnicas e assimetria do poder entre especialidades médicas, também confluíram para reforçar um processo endógeno e fragmentado de alocação de recursos. A sinergia entre a pulverização de uma parcela das relações entre o público e prestadores privados de serviços da rede SUS com as formas heterodoxas de contratação de pessoal, fundações privadas adotadas por estabelecimentos públicos, e contratação de consultores e consultorias nutriu uma disseminada adesão às várias versões do empreendedorismo no sistema de saúde público.

Sob a atmosfera carregada de negociações de tetos financeiros, formas, fluxos e valores de repasses pelos secretários de saúde, e credenciamentos seletivos e reajustes globais e específicos da tabela de procedimento do Ministério da Saúde, as empresas privadas integrantes da rede SUS tornaram-se demandantes e objeto de políticas públicas específicas. Em nome da “garantia e ampliação da capacidade de atendimento do SUS” promulgaram-se normas, além das incidentes sobre as alíquotas de contribuições sociais e tributos, que serão melhor descritas no Anexo, aquelas destinadas à redução e parcelamento de débitos para hospitais privados integrantes da rede SUS e concessão de créditos.

Em 1993, os hospitais contratados com o Inamps¹¹ foram contemplados com a Lei n. 8.620,¹² fundamentada na discriminação positiva das dívidas de hospitais privados integrantes da rede universal de atenção à saúde. Para os hospitais filantrópicos as políticas públicas abrangeram três modalidades de apoio: 1) a flexibilização dos percentuais obrigatórios de ocupação dos leitos para o atendimento universal, a qual condiciona a concessão do certificado de filantropia;¹³ 2) a abertura de linhas de crédito; 3) e o aporte adicional de recursos para o financiamento dos débitos com o governo e fornecedores. A primeira modalidade gerou a iniciativa do Ministério da Saúde de implementar uma política de diferenciação de determinados hospitais, fundamentalmente aqueles voltados para o atendimento das clientela de planos e seguros privados de saúde que pleitearam o *status* de filantrópicos

¹¹ A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, extinguiu o Inamps.

¹² Lei n. 8.620, de 5 de janeiro de 1993, Art. 5º (ver Débitos Hospitais Privados 1993, Anexo 2).

¹³ A Lei n. 8.742 de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social) e a Medida Provisória n. 2.187-13, de 2001 Art. 4º (ver Concessão do Certificado de Beneficência e Participação na Rede SUS, Anexo 2).

por meio da criação da categoria ‘hospitais estratégicos’ em 2002.¹⁴ Em 2006, diante das denúncias de desvio das diretrizes de atendimento universal dos hospitais filantrópicos previstas pela Lei Orgânica da Assistência Social, o Decreto n. 5.895, de 2006,¹⁵ redefine de maneira radical a natureza da filantropia na saúde e subverte as regras de subordinação público-privadas. Este preceito legal não apenas admite hospitais categorizados como os melhores do setor privado como objeto de proteção fiscal, como também os credencia e incentiva a liderar pesquisas e programas de capacitação e gestão “de interesse público”.

A segunda linha de apoio aos filantrópicos envolveu a criação do Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do SUS. A abertura do Programa pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES),¹⁶ cujo montante – cerca de R\$ 810 milhões (entre 1999 e 2007) – destinou-se, fundamentalmente, à reestruturação financeira de hospitais filantrópicos (saneamento das dívidas com os fornecedores).

E a terceira e mais recente forma de suporte público aos hospitais filantrópicos consistiu na criação de uma fonte permanente de recursos para atender os problemas das dívidas dos estabelecimentos de saúde com o governo (Receita Previdenciária, Receita Federal e Fundo de Garantia) estimados em cerca de R\$ 6,6 bilhões

¹⁴ Decreto n. 4.481, de 2002, reduz o percentual de atividades destinadas ao atendimento universal. Art. 2º (ver Concessão do Certificado de Beneficência e Participação na Rede SUS, Anexo 2).

¹⁵ Decreto n. 5.895, de 2006, nova redação ao Art. 3º do Decreto n. 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do Art. 18 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (ver Concessão do Certificado de Beneficência e Participação na Rede SUS, Anexo 2).

¹⁶ Os programas do BNDES complementam as linhas de apoio financeiro não específicas e, portanto, caracterizam-se pela transitoriedade. Os programas em geral possuem dotação de recursos e/ou prazo de vigência. Hoje, o BNDES mantém três programas diretamente relacionados com a saúde. Na área industrial, o Profarma, que objetiva financiar os investimentos de empresas sediadas no Brasil, inseridas no Complexo Industrial da Saúde, através dos subprogramas: Profarma-Produção, Profarma-Exportação, Profarma-Inovação, Profarma-Reestruturação e Profarma-Produtores Públicos e o Programa Finame de Modernização da Indústria Nacional e dos Serviços de Saúde (Finame-Modernaq), que objetiva financiar a aquisição de máquinas e equipamentos novos, de fabricação nacional, credenciados no BNDES, com vistas à dinamização do setor de bens de capital e à modernização geral da indústria e do setor Saúde. O programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do SUS pertence à área social. Para maiores detalhes e aprofundamento a respeito da inserção dos programas do BNDES no sistema de saúde brasileiro ver Viana e Elias (2007).

em 2006: a Timemania.¹⁷ Os recursos da nova loteria serão endereçados, prioritariamente, para o pagamento dos débitos dos hospitais filantrópicos e times de futebol. Os hospitais filantrópicos receberão 3% da arrecadação da Timemania, a princípio destinados ao Fundo Nacional de Saúde, que os redistribuirá exclusivamente para hospitais filantrópicos.

Outro programa governamental para os hospitais filantrópicos, o Caixa Hospitais,¹⁸ criado em 1998, consubstanciou-se numa linha de crédito “destinada a santas casas e hospitais privados filantrópicos, *que recebem recursos do Sistema Único de Saúde/SUS pelos serviços ambulatoriais e de internações hospitalares prestados gratuitamente à população*”. O Caixa Hospitais estimulou a formação de um circuito mais amplo, no qual as relações entre o público e o privado (hospitais filantrópicos e secretarias de saúde) confluem para o sistema financeiro. O programa baseado na fórmula de utilizar o futuro faturamento dos hospitais a serem apresentados ao Ministério da Saúde como garantia (“recebíveis de faturamento”) estabeleceu um fluxo financeiro, aprofundado pelas secretarias de saúde e lastreado nos recursos pelo Ministério da Saúde, o que impulsionou a carteira de créditos a pessoas jurídicas dos bancos,¹⁹ a um risco praticamente zero.

Em contrapartida, no início do século XXI foram instituídas, pelo Ministério da Saúde, um conjunto de políticas públicas que reforçam o caráter público das empresas que integram sua rede e aprimoram as relações convencionais, por meio de mecanismos que confirmam estabilidade aos processos de regionalização e descentralização, descontaminando-os das ingerências político-partidárias. Entre as mais recentes situam-se a contratualização de hospitais de pequeno porte²⁰ e

¹⁷ Lei n. 11.345, de 2006, e Decreto n. 6.187, de 2007 (ver Fontes Adicionais de Recursos e Concessão de Créditos para as Santas Casas de Misericórdias, Anexo 2).

¹⁸ Ver Fontes Adicionais de Recursos e Concessão de Créditos para as Santas Casas de Misericórdias, Anexo 2.

¹⁹ Em 2007, a Caixa Econômica realizou 398 empréstimos a instituições do setor, que movimentaram R\$ 551 milhões. A linha de crédito contribuiu para impulsionar o crescimento da carteira de crédito da Caixa Econômica à pessoa jurídica, que somou R\$ 18,4 bilhões até setembro de 2007 (aumento de 9,5% em relação a 2006). Atualmente, além da Caixa e BIC Banco, cerca de vinte instituições financeiras oferecem o empréstimo, tais como o Banco do Brasil, o Banco Industrial e o Banco Mercantil do Brasil. Nossa Caixa e Banrisul possuem programas semelhantes, mas circunscritos aos estados em que atuam. Em todos os casos, a operação só é aprovada mediante anuência das secretarias municipais e estaduais de saúde (Portal Brokers, 2008).

²⁰ Portaria n. 1.044/GM, de 2004. Instituiu a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Refere-se a hospitais com cinco a 30 leitos, situados em municípios ou microrregiões com até trinta mil habitantes e cobertura do PSF igual ou superior a 70%.

universitários,²¹ que prevê incentivo para aqueles que destinaram a totalidade de sua capacidade instalada para o atendimento universal, filantrópicos²² e o Pacto de Gestão. Essas iniciativas fundamentadas no reconhecimento da necessidade de estabelecer incentivos institucionais e formas de repasses financeiros adequados à recomposição das relações entre o público e privado, e embaladas, entre outras iniciativas, pela extensão do reajuste dos valores de procedimentos de estabelecimentos públicos²³ de aumento de tetos e incentivos para programas como PSF, e implantação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) convergiram para a formulação de bases mais compatíveis com a implementação da regionalização e descentralização: o Pacto de Gestão.²⁴

NEM ESTATIZAÇÃO JÁ NEM PROGRESSIVA: APONTAMENTOS SOBRE A SITUAÇÃO DOS HOSPITAIS E CLÍNICAS PRIVADAS QUE INTEGRAM A REDE SUS

Tecidas em meio à recessão econômica e ao subfinanciamento da saúde, as contraditórias políticas governamentais que trataram das relações entre o público e o privado não permitiram que o ‘principal objetivo’ para a construção do SUS, definido na 8ª CNS – “a expansão e o fortalecimento do setor estatal” – fosse integralmente cumprido. Embora, tenha havido “fortalecimento do setor estatal nos níveis federal, estadual e municipal”, nem bem os prestadores de serviços passaram a “ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos”, nem se tornaram “subordinados ao papel diretivo da ação estatal, garantindo o controle dos usuários por meio de seus

²¹ Portaria n. 2.352/GM, de 2004, regulamenta o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS previstos no Art. 4º da Portaria Interministerial n. 1.006/MEC/MS, de 2004. Estabelece critérios de natureza orçamentária para a maior parcela dos repasses do Ministério da Saúde para as despesas de custeio dos hospitais universitários do Ministério da Educação.

²² Portaria n. 1.721/GM, de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

²³ Por exemplo, em 2002, a Portaria GM/MS n. 1.188 de 2002 autorizou o reajuste das consultas privadas apenas para os estabelecimentos privados e a Portaria GM/MS n. 654, de 2003, estendeu para os hospitais públicos.

²⁴ O Pacto estabelece prioridades, metas e compromissos para cada ente da federação. As transferências dos recursos federais para estados e municípios são divididas em apenas cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo as mais de cem ‘caixinhas’ que antes eram utilizadas para essa finalidade.

segmentos organizados” e muito menos foi considerada a “possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público”.

As óbvias distâncias entre as proposições da 8ª CNS e o teor e intencionalidade de políticas públicas governamentais, com assinaturas institucionais de diferentes coalizões partidárias em distintas conjunturas, trazem de volta uma velha pergunta, que no calor das vibrantes e praticamente unânimes declarações de apoio ao SUS, tem ficado de lado: os propositores das bases conceituais e operacionais estavam falando sério? Ou não passavam de um bando de defensores de um projeto irrealista, inadequado à realidade brasileira? É claro que a melhor resposta é a sua reformulação, torná-la mais específica às condições adversas à implementação do SUS. Mas para o exame das relações entre o público e o privado, a pergunta tal como formulada é incontornável e se desdobra em: Por que não transformamos os contratos das empresas privadas que integram a rede SUS em contratos de direito público? Por que, passados vinte anos da promulgação da Constituição de 1988, os ‘serviços privados’ não foram ‘estatizados’. Essas não são perguntas retóricas, têm endereços certos e precisam alcançar seus destinatários, que são nada mais nada menos que os inúmeros e entusiasmados defensores do SUS, porque suscitarão um esclarecimento prévio a respeito do tema: de que SUS estamos falando?

Estamos diante de um SUS polissêmico. Mas o cotidiano assistencial dos serviços de saúde parece ter encontrado uma trilha para superar as dificuldades de conceituação envolvidas com o SUS. Algumas expressões de uso comum entre administradores e profissionais da saúde explicitam traduções operacionais do SUS, que o designam como serviços de saúde ambulatoriais públicos ou como fonte dos recursos provenientes do Ministério da Saúde. Costuma-se dizer, especialmente nos hospitais públicos de maior porte, incluindo os universitários, que o “paciente veio do SUS” e “é paciente do SUS”. A primeira expressão informa que os pacientes foram referenciados por postos ou centros de saúde; a segunda refere-se ao fato de o paciente não possuir cobertura de plano ou seguro privado de saúde. No segundo agrupamento, o referente é a fonte dos recursos financeiros, as expressões “ninguém paga a tabela do SUS” ou “quem paga é o convênio com o SUS” reduzem o SUS a um mero comprador de serviços. O fato de esses jargões incluírem-se no dialeto dos ‘operadores’ – “quem está na ponta, com a mão na massa”, não colidir com os discursos dos que estão ‘acima’, quer como gestores de secretarias de saúde, quer como estudiosos do SUS, e de suas interpretações sobre o SUS como sistema de saúde brasileiro, como o sistema público de saúde – termina por turbinar concepções que pouco iluminam as relações entre o público e o privado.



Daí decorre parte das imensas dificuldades para repor na agenda de debates, os estudos e, especialmente nas arenas políticas, as reflexões sobre as relações entre o público e o privado no SUS. É plausível supor que a penetração das acepções do SUS, como um conjunto de estabelecimentos públicos estatais ou convênio, tenha esvaziado as tensões entre o público e o privado das agendas do Conass, Conasems e Ministério da Saúde. A outra circunstância que legitima a exclusão do tema da pauta das tradicionais instituições que implementam o SUS refere-se ao crescimento do número de clientes de planos e seguros privados de saúde. Combinadas, tais distorções resultam em uma idéia praticamente consensual: o privado está fora do SUS. Tal noção, ao lado dos axiomas relativos aos déficits e/ou suficiências do SUS, quase sempre referidos aos níveis de atenção, também retiram da reflexão a natureza da propriedade dos serviços de saúde e corrobora o suposto caráter exógeno do privado.

A resignação ou o consentimento passivo dos dirigentes das instituições públicas de saúde com a 'não-estatização' não decorrem da perda de importância dos hospitais privados ou de sua melhor adaptação ou integração à rede SUS. Embora a função de compra e venda de serviços privados e renovação dos contratos tenha sido delegada aos secretários estaduais e municipais de saúde, a descentralização, *per se*, não gerou mudanças estruturais nas relações entre o público e o privado na rede assistencial do SUS. Mas, o deslocamento das negociações com hospitais privados, antes estabelecidas de maneira exclusivamente centralizada, para estados e municípios, gerou e dinamiza uma miríade de articulações técnicas e políticas locais.

Como principais beneficiários das políticas de 'desprivatização' pré e pós-SUS os hospitais filantrópicos, e em certa medida os universitários, reinseriram-se, preservando sua autonomia, expressa na seleção de clientes adequados à oferta de procedimentos mais caros. A modernização e o protagonismo dos hospitais filantrópicos na atenção hospitalar de certas especialidades, os credenciaram a participar tanto dos fóruns de debate sobre o SUS, quanto daqueles dedicados aos planos e seguros privados de saúde.

Esses dois elementos, a renúncia dos dirigentes das instituições públicas de saúde de ativar as diretrizes publicistas de organização do SUS e a ambigüidade, o semblante ora público, ora privado dos hospitais filantrópicos e de alguns hospitais públicos não estavam presentes no período pré-SUS. Portanto, é essencial a compreensão da anatomia da dupla inserção de determinados estabelecimentos de saúde, bem como de suas projeções político-institucionais, para dissecar as



atuais relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Para tanto, não se trata apenas e mais uma vez de buscar justificativas nas imensas dificuldades para a contratação de pessoal, no subfinanciamento ou ainda na ‘atração fatal’ exercida pelo privado, em tempos neoliberais, cujas versões subordinam as relações entre público e o privado aos problemas centrais da gestão da rede SUS e o despolitizam.

Sem prestar a devida atenção às atuais políticas públicas de apoio e fortalecimento do privado na rede SUS, continuar-se-á reafirmando os avanços da publicização do sistema de saúde brasileiro e que o mercado abrange apenas os 25% dos clientes de planos e seguros de saúde. Caso contrário, ao seguir as pistas deixadas pelas fortes marcas da lógica de mercado nos hospitais privados da rede SUS e até no modo de funcionamento autárquico de alguns públicos encontraremos subsídios para reequacionar as interrogações sobre as relações entre o público e o privado (Campos, 2008; Canabrava, Andrade & Cherchiglia, 2007). Portanto, o mesmo fio condutor, o exame das políticas públicas de suporte ao mercado, quando utilizado para examinar as empresas de planos e seguros de saúde, contribui para uma descrição mais realista das relações entre o público e o privado.

AS RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA CONFORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO MERCADO DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE

Já é mais do que sabido, nos meios acadêmicos e também em parte da burocracia estatal e empresarial, que o mercado de planos e seguros de saúde no Brasil foi constituído e é suportado por inúmeros pilares extramercado. No período pré-SUS esse conhecimento integrou explicitamente os discursos e as políticas governamentais. A partir da década de 1990, com a desmontagem das relações entre Previdência Social e Saúde, todos os denominados ‘benefícios trabalhistas’ foram postos ‘para fora’ do SUS. Como o ‘não SUS’ tornou-se na prática um dos sinônimos de ‘privado’, tornaram-se quase invisíveis os complexos arranjos público-privados subjacentes às relações entre oferta e demanda de planos e seguros privados de saúde.

A durabilidade desse truque de prestidigitação deve-se ao aporte de dois tipos de reforço, relativamente recentes: a elaboração de uma tese sobre a independência (autonomia) do mercado e a natureza da legislação de regulamentação de planos e seguros de saúde. A articulação entre uma ‘teoria’ da autonomia do mercado e a natureza do processo de debates e da legislação que o regulamenta.

A interpretação do fim do convênio-empresa da Previdência Social como encerramento das relações entre o público e o privado no mercado de planos e seguros de saúde, emprestou um tom sofisticado à tese do divórcio entre a tecnoburocracia estatal e os setores empresariais (empresários do setor produtivo e empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde). Seria como se, após a devolução das alianças (dos “anéis burocráticos”), o privado, no contexto da libertação das forças vivas do mercado, instado a caminhar com as próprias pernas, cresceu. Ou em termos mais prosaicos, que sempre incluem o SUS como elemento explicativo: a demanda ascendente (conformada por setores insatisfeitos com as restrições do SUS) deslanchou as relações ‘puras’ de compra e venda de planos privados de saúde.

Os evidentes desencaixes entre a idéia da autonomia do mercado e o fato de existir um significativo contingente de segmentos populacionais constituído por trabalhadores do setor privado e setor público vinculados a planos particulares e planos privados de saúde sustentados por políticas públicas prévias e posteriores à implementação do SUS – não foram suficientes para suplantá-la. No final dos anos 1990, as poucas e esparsas reflexões contrárias às certezas sobre a natureza do mercado de planos privados de saúde, não detiveram o processo de coagulação de um ideário irrealista a respeito de sua gênese e dinâmica de funcionamento.

Sem considerar a incômoda realidade – o predomínio das relações extramercado entranhada desde há muito na transferência regulada de políticas sociais às empresas empregadoras sobre o recente mercado de planos individuais – a Lei n. 9.656/98 adotou uma conveniente consigna: conferir aos “já livres consumidores” de planos privados de saúde ainda maior liberdade de escolha. Ao tomar a parte do mercado, o de planos individuais, como o todo, e homogeneizar empresas estatais, hospitais filantrópicos, seguradoras, medicinas de grupo e cooperativas médicas, a legislação passou longe das principais relações entre o público e o privado. Pouco depois, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trouxe consigo o acoplamento dos discursos de idealização do mercado a um aparato tecnocrático bastante infiel aos cânones neoclássicos.

Assim, o ocultamento de recorrências entre o passado e o presente não apenas distorce a apreensão sobre a situação atual, mas também envia as projeções do futuro. Portanto, quem pretende examinar as relações contemporâneas entre o público e privado no mercado de planos e seguros de saúde depara-se com consideráveis desafios. O primeiro obstáculo é a sensação de eterno recomeçar. Diante das inexpugnáveis fortalezas que circundam as certezas sobre as bases liberais do



mercado, compete aos que duvidam o ônus da prova, isto é, a relevância e a atualidade do tema. Além disso, é necessário recuar, mas também apreender novos movimentos de transformação para discernir os processos de mudança em curso. Felizmente, parte dessas complexas e exaustivas tarefas já foi cumprida.

O MERCADO DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-SUS

Diferentemente das empresas norte-americanas, que tiveram origem nos serviços prestados por hospitais que serviram como garantia de patrimônio, as empresas brasileiras que iniciaram a comercialização de planos privados de saúde nasceram pequenas e descapitalizadas. De modo geral, o regime de acumulação no início – se é que a expressão se aplica ao caso – poderia ser caracterizado como “da mão para a boca”. Uma parcela do financiamento, quase sempre utilizada como *seed money*, ou capital inicial, provinha do aporte dos sócios fundadores médicos, e o resto provinha das contribuições mensais dos associados-clientes (raramente de um sócio capitalista e, quando isso ocorria, era mais em virtude das relações de amizade e confiança do que da busca de boas oportunidades de investimento). O regime de acumulação, como regra, baseou-se, de início, no autofinanciamento. Ou seja, um esquema de financiamento bastante precário e primitivo (Salm, 2005).

Entre nós, ao contrário do que ocorreu nos Estados Unidos, as primeiras empresas de planos de saúde não imobilizaram capitais em hospitais ou laboratórios. Mas, a precariedade das bases capitalistas dos pioneiros do empresariado privado de planos não os impediu de buscar seus nichos de mercado nas empresas mais modernas da época em que se lançaram, ao longo dos anos 1950 e 60. A compreensão desse traço é imprescindível à compreensão da condição de relativa autonomia dos hospitais e demais estabelecimentos de saúde que integraram a rede credenciada das empresas de planos e seguros de saúde.

No nascedouro, a atividade surge à margem do planejamento governamental, mas bastante integrada à rápida expansão da economia e aos desígnios das empresas empregadoras como *locis* de operação dos benefícios previdenciários. As condições favoráveis à expansão das empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde relacionaram-se com o crescimento econômico.²⁵

²⁵ Estávamos atravessando as décadas gloriosas, quando praticamente tudo o que era ofertado encontrava compradores. O Brasil havia transitado da substituição ‘fácil’ de importações para a implantação da indústria pesada – consumo durável e bens de capital – bem como para a cons-



É interessante assinalar que, enquanto a origem e expansão das empresas de planos de saúde norte-americanas decorreram em grande medida da depressão dos anos 1930, aqui elas emergem como fruto do desenvolvimento industrial.

A unificação em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) dos Institutos de Previdência Social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias de trabalhadores e suas conseqüências em termos de expansão e padronização de coberturas, impulsionou os convênios-empresa e, por conseqüência as empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e a organização de esquemas assistenciais próprios de determinadas instituições/empresas empregadoras. E foi nesse contexto que o próprio governo convocou empresários para assessorá-lo na formulação da política e legislação que regulou os convênios da Previdência Social com empresas. Convênios, com claras funções de linha auxiliar da prestação dos serviços médicos, traduzidos em expedientes patronais para reduzir o custo da mão-de-obra, ao diminuir o tempo de não-trabalho devido a problemas de saúde.

Às empresas era permitido descontar das contribuições previdenciárias a parcela das alíquotas destinadas às empresas de planos de saúde, o que, segundo os empresários, não cobria a totalidade dos custos. As contribuições eram vinculadas, primeiro à folha de pagamentos e depois ao salário mínimo. Esse esquema de financiamento baseado nos subsídios diretos à demanda foi complementado e mais tarde substituído pelas deduções fiscais.²⁶

As estimativas acerca do número de pessoas cobertas por planos de saúde privados e particulares e dos recursos financeiros públicos e privados envolvidos com a atividade são muito imprecisas. Em 1980 havia cerca 7,5 milhões de clientes de planos de saúde abrangidos pelos convênios-empresa com a Previdência Social (Abramge, 1980 *apud* Cordeiro, 1984: 92). Todavia, esse cálculo não inclui nem

trução da infra-estrutura e a produção dos serviços funcionais à configuração de uma moderna economia urbano-industrial. Qualquer modelo de Plano pré-pago exige um número mínimo de associados, sem o que o risco financeiro torna-se demasiado elevado. Daí que naturalmente as empresas de planos de saúde tendam a surgir em cidades com grandes empresas, privadas ou estatais. Este mercado empresarial, que constitui até hoje a maior fonte de receita das empresas de planos e seguros de saúde, vai se consolidar nas décadas de 1950 a 1970 (Salm, 2005).

²⁶ Convém abrir um parêntese para apontar as lacunas sobre a incipiência dos conhecimentos na área da saúde coletiva da legislação tributária relacionada com o setor Saúde. Recentemente, no âmbito do projeto CNPq 401211/2005-3, foi realizado um levantamento de normas específicas concernentes à isenção e dedução fiscal envolvendo as atividades assistenciais (Bahia *et al.*, 2008). Resta ainda, e não é pouco, estudar as correspondências e singularidades dessa legislação com o profundo reordenamento da estrutura fiscal do país a partir do Decreto-Lei n. 200, de 1966.

os planos empresariais contratados diretamente às empresas especializadas na comercialização de planos de saúde, nem os esquemas assistenciais próprios de empresas estatais e privadas, nem aqueles destinados aos servidores civis e militares oriundos de instituições públicas.

Considerando-se que em 1980 a população brasileira contava com cerca de 119 milhões de pessoas, parece razoável admitir que cerca de 10% dos brasileiros contavam com a cobertura de esquemas institucionalizados privados/particulares de assistência à saúde. Em 1981, o valor do pagamento *per capita* para os convênios com empresas (Cr\$ 331,71) equivaleria a R\$ 21,83 em 2008 (Inamps em Dados, 1981, valores corrigidos pelo IPC-A). Essa contabilidade parcial, mesmo sem levar em conta as deduções fiscais já vigentes à época e os gastos diretos das empresas empregadoras, sinaliza que o aporte dos gastos públicos às empresas de planos privados de saúde, num contexto marcado pela relativamente menor densidade de recursos assistenciais, era bastante significativo. Além dos convênios-empresa, outras políticas públicas de apoio à formação de demandas tais como as deduções fiscais²⁷ combinadas com investimentos dos orçamentos públicos com esquemas assistenciais privados também potencializaram as atividades das empresas de planos de saúde e empresas de assistência à saúde.

A Lei n. 4.506/64 traduziu operacionalmente as diretrizes do regime militar de implementar um sistema tributário compatível com um padrão de desenvolvimento econômico e social sustentado por incentivos a determinados setores produtivos e estender a abrangência das bases de arrecadação. Essa norma legal contém dois artigos direcionados a apoiar a vinculação das empresas empregadoras e dos empregados a planos privados de saúde. O artigo 17 isenta do rol de rendimentos tributados dos empregadores: as indenizações por acidente no trabalho; os prêmios de seguro de vida em grupo pagos pelo empregador em benefício dos seus empregados; os serviços médicos hospitalares e dentários mantidos ou pagos pelo empregador em benefício dos seus empregados. Enquanto o artigo 18 da mesma lei refere-se às deduções do trabalho assalariado com contribuições para institutos e caixas de aposentadoria e pensões, ou para outros fundos de beneficência.

Além de inaugurar políticas estruturadas de incentivo à demanda, o período pré-SUS também foi marcado pelo pioneirismo das políticas governamentais de apoio à oferta privada de estabelecimentos de saúde. O Fundo de Apoio ao

²⁷ Lei n. 154, de 1947; Lei n. 4.506, de 1964, Art 9º e Art 10º (ver Deduções Fiscais para a Demanda de Serviços, Planos e Seguros Privados de Saúde, Anexo 2).

Desenvolvimento Social (FAS), composto de linhas de crédito para obras na área social, como hospitais, foi criado durante o governo Geisel. Os recursos do FAS, que alavancaram reformas e construções de estabelecimentos hospitalares privados, inclusive os vinculados a empresas privadas de planos privados de saúde, provinham principalmente da Caixa Econômica Federal (CEF), com taxas de juros subsidiadas por aportes do orçamento da União.

A concentração das críticas à natureza e intensidade das políticas públicas de apoio às empresas privadas de comercialização de planos de saúde e estabelecimentos de saúde em torno dos convênios-empresa e do FAS pelos estudiosos da saúde coletiva, deixou pouco espaço às avaliações dos efeitos isolados ou combinados das outras políticas governamentais de apoio à privatização da assistência à saúde. Talvez, a ênfase das pesquisas nas políticas previdenciárias e naquelas diretamente direcionadas aos hospitais privados tenha ofuscado a visualização da emissão do conjunto das políticas públicas, incidentes sobre a saúde, pela área econômica. Assim, a retração dos dois carros-chefes das políticas de privatização da assistência à saúde do regime militar, os convênios-empresa no início dos anos 1980²⁸ e o FAS pode ter sido tomada equivocadamente como uma separação radical entre o público e privado no mercado de planos de saúde.

O fato de as clientela de planos e seguros de saúde terem se ampliado, mesmo após a segunda metade dos anos 1970 – quando as crises do petróleo, a opção de reagir a elas por meio da ‘fuga para a frente’ e a elevação brutal dos juros americanos, desembocam na crise da dívida do início dos anos 1980, puseram fim à expansão continuada da economia brasileira – sugere a relevância das políticas públicas de subsídios indiretos, gastos com planos para empregados de empresas estatais e servidores públicos civis e militares.

Em 1987 foram registrados quase 21,6 milhões de clientes apenas de planos privados de saúde de empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e autogestões (13, 3,5 e 5,1 milhões, respectivamente), quase o triplo daquele estimado em 1981 (incluindo apenas as medicinas de grupo e cooperativas médicas) (Bahia, 1999). Essa significativa expansão do mercado de planos de saúde nos anos 1980, em números absolutos e relativos, uma vez que o mesmo raciocínio de inclusão de planos não comercializados por essas modalidades empresariais, tais como os

²⁸ O convênio-empresa enfrentou oposições de técnicos e da Associação Médica Brasileira (AMB), que em seu empenho por manter a tradição da natureza liberal da profissão médica, estigmatizava-o como uma forma de ‘mercantilização’ da saúde (Cf. Cordeiro, 1984).

de servidores públicos estaduais, deva ser aplicado, não mereceu destaque na literatura e nos documentos técnicos da área da saúde coletiva. Àquela altura, o não-comparecimento dos empresários privados à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e o relativo isolamento das teses privatizantes em contraste com o alinhamento de associações de moradores, entidades médicas, centrais sindicais de trabalhadores, parlamentares, em defesa das diretrizes da Reforma Sanitária, indicava a viabilidade de rupturas nos padrões de relações entre o público e o privado.

Paralelamente, em 1987, o Decreto-Lei n. 2.396²⁹ incluiu a possibilidade de abatimento a “entidades que assegurem direitos de atendimentos ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar e redefiniu os limites máximos para as deduções de despesas com saúde e manteve o teto para deduções de até 5% da renda bruta. Em 1988, a Lei n. 7.713³⁰ dedicou-se a detalhar os limites para os abatimentos com despesas de saúde (inclusive planos privados de saúde); preservou a fixação de um limite, mas facultou que o mesmo pudesse ultrapassar o teto definido para as deduções.

Contudo, nos debates sobre o texto constitucional, pareceu confirmar-se o diagnóstico de perda de parte do poder político das empresas de planos de saúde, respaldado pelas críticas de médicos, relatos do descontentamento de dirigentes sindicais com o atendimento por elas prestado e perfilamento de parte da burocracia a favor do fortalecimento dos serviços públicos. A aprovação do capítulo da Seguridade Social e Saúde e a consagração da saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a não-inclusão das propostas apresentadas em conjunto pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (Fenaess) e Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) expressou uma correlação de forças favorável à universalização do direito à saúde. Tanto as reminiscências pessoais, quanto os documentos de cunho oficial disponíveis – sobre o processo de debates, elaboração e definição dos conteúdos sobre a saúde na Constituição de 1988 – elucidam a inequívoca vitória dos ‘publicistas’.

Os ‘privatistas’ insistiram em inserir como princípios do sistema de saúde, o pluralismo dos sistemas médico-assistenciais e a livre opção do indivíduo entre diversos sistemas não lograram desnaturar a centralidade do SUS como a projeção

²⁹ Decreto-Lei n. 2.396, de 1987, em seus artigos 7º, 8º e 13º, instituiu abatimentos com os prêmios para seguros de saúde, vida e acidentes pessoais, previdência complementar aberta e fechada (ver Deduções Fiscais para a Demanda de Serviços, Planos e Seguros Privados de Saúde, Anexo 2).

³⁰ Lei n. 7.713, de 1988, Art. 14º.

institucional de garantia do direito à saúde. Mas, com a inserção de alusões à atuação complementar de instituições privadas no SUS e à liberdade de atuação da iniciativa privada na saúde, os privatistas tornaram ambíguo o texto constitucional, no que se refere às relações entre o público e o privado.

O *lobby* dos empresários privados conseguiu descartar a perspectiva de estatização progressiva, inclusive por meio da não-inscrição na Constituição da “natureza pública” das ações e serviços de saúde. A canhestra substituição de uma expressão saturada de significado jurídico pelo termo “relevância pública” não contribuiu para afirmar a precedência do interesse público e dos serviços públicos, na perspectiva da estatização. Por outro lado, para os constituintes, no momento dos debates sobre o teor dos preceitos legais, não havia dúvidas sobre a clareza da Constituição quanto aos impedimentos de destinar recursos públicos para o custeio de ações e serviços não integrados ao SUS (Rodríguez Neto, 2003: 99-103).

Porém, logo depois, os acintosos descumprimentos dos dispositivos constitucionais e legais relacionados com a Seguridade Social e Saúde configuraram *per se* uma agenda de estudos e intervenções políticas. Em meio às lides de construção do SUS, poucos esforços foram dedicados à análise do fenômeno das elevadas taxas de crescimento dos planos privados de saúde na denominada ‘década perdida’.

O vigor das empresas de planos de saúde, ainda pouco capitalizadas nos anos 1980, não despertou especial atenção dos estudiosos e técnicos da área da saúde coletiva. Contudo, as benesses advindas da intermediação de um fluxo financeiro entre oferta e demanda por serviços de saúde num contexto de altas taxas de inflação, redução do valor dos salários diretos e ampliação dos benefícios indiretos (entre os quais os planos de saúde) fortaleceram a musculatura das empresas de planos privados de saúde.

Em 1987, pelo menos 15% da população brasileira estavam vinculados a coberturas de planos privados de saúde. Mas ainda é incipiente o conhecimento sobre a origem dessas novas demandas, a magnitude das despesas envolvidas com o financiamento desses planos de saúde e o aporte de recursos públicos para custeá-los. Essa constatação não desautoriza as inferências sobre a preservação do traço empresarial/coletivo das novas clientelas de planos privados de saúde. Embora, nos meados da década de 1980, a comercialização dos planos individuais tenha adquirido mais fôlego, as explicações mais sistêmicas sobre o crescimento do mercado de planos de saúde não serão encontradas nos movimentos isolados dos indivíduos em ‘fuga do SUS’ e sim, provavelmente nas mudanças nos processos de negociação

salarial. Em tempos de estagnação econômica, redução do número de postos formais de trabalho, decréscimo dos valores diretos dos salários e adesão dos segmentos patronais às previsões de inviabilidade da Constituição de 1988, é ressignificado o valor dos planos privados de saúde. Como integrantes da cesta de benefícios indiretos e não tributáveis dos contratos de trabalho, tornam-se moeda de troca salarial e reintrojetam, aparentemente sem intervenção governamental, a segmentação do sistema de saúde brasileiro, que se pretendia superar.

O MERCADO DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE NO PERÍODO PÓS-SUS

Os anos 1990, marcados pela democratização e a combinação entre a abertura externa, alta taxa de juros (e sobrevalorização cambial até 1999) e encolhimento dos gastos públicos, conduziram o país à “modernização com regressão produtiva”.³¹ Nesse período, a conjugação de taxas de crescimento extremamente reduzidas, estímulos ao rentismo com a extensão e aprofundamento de diversas formas de participação da sociedade e retomada das atividades legislativas opuseram os setores contrários à privatização e focalização das ações da Seguridade Social aos defensores dos programas de proteção social baseados na individualização do risco e capitalização dos fundos organizados para financiá-los.

Em meio ao debate para redimir a Previdência do anacronismo do corporativismo, a velha fórmula – definição de um valor *per capita* a ser repassado pelo governo para empresas de planos e seguros privados de saúde – voltou à pauta em grande estilo. Abandonando os surrados e agora até supérfluos argumentos do aumento da produtividade e redução da abstinência do ‘trabalhador’, pelos subsídios à demanda dos ‘indivíduos’ com maior renda, acena-se com o ingresso na modernidade. À derrocada da regulação corporativista suceder-se-ia a sociedade de consumidores de planos de saúde livres.

Por essa via, a dos debates sobre a reforma da Previdência Social, e também pela divulgação da negação de coberturas e crescimento dos contratos individuais,

³¹ Refere-se a uma reespecialização produtiva que decorre do desigual crescimento entre setores da economia. E se expressa pela assimetria entre a geração de riqueza de setores produtivos, serviços financeiros *vis-à-vis* a evolução do Produto Interno Bruto, numa economia constringida em sua capacidade de crescer e induzir o crescimento e a modernização de setores e regiões mais atrasadas.



tornaram-se visíveis os planos privados de saúde. Em 1991, a área de saúde coletiva produziu estudos sobre o mercado de planos e seguros de saúde.³² Contudo, foi o trabalho que trouxe no título o conceito de “universalização excludente”, publicado em 1989 (Favaret & Oliveira) por pesquisadores do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que traçou as coordenadas das tentativas subseqüentes de explicação a respeito do crescimento do mercado de planos e seguros de saúde.

Envolvidos com as reflexões sobre os limites e as possibilidades do SUS, a produção acadêmica não atentou para a recorrência das políticas públicas de privatização em plena vigência da Constituição (como, por exemplo, a Lei n. 8.620, de 1993, já mencionada, que instituiu o parcelamento dos débitos dos hospitais privados e filantrópicos com o ainda não extinto Inamps).

Naquele momento, várias polêmicas a respeito do posicionamento dos trabalhadores e suas entidades de representação (se ativamente a favor ou consentidores passivos dos planos privados de saúde) transpiravam avaliações mais ou menos pessimistas em relação aos destinos do SUS. As dificuldades para a construção de uma base empírica, abrangente e fidedigna, sobre as coberturas dos planos de saúde davam margem a se dizer que, no limite, nada havia mudado com o advento do SUS ou que as vinculações dos trabalhadores à assistência suplementar se não eram voláteis, eram pelo menos transitórias.

O GOVERNO FHC: A CRIAÇÃO DA ANS ‘DE COSTAS PARA O SUS’

Durante os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), no contexto de plena ascensão das teses de desregulamentação e diminuição da intervenção estatal nas atividades econômicas, os planos privados de saúde foram, desde logo, encarados como emanações naturais, inevitáveis e benéficas do mercado. Parte da literatura da área de saúde coletiva atribuiu a influência do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento à construção desse *ethos*, plasmado pela resignação, admiração e quase agradecimento à capacidade de o

³² Duas dissertações de mestrado apresentadas na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), de autoria de Fátima Andreazzi, intitulada “O Seguro Privado no Brasil” e a de Ligia Bahia, intitulada “Reestratificação das Clientelas na Década de 80: um estudo exploratório do Caso Amil” (1991); e o trabalho de André Medici, publicado pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas), intitulado “A Medicina de Grupo no Brasil”.



mercado de planos de saúde resistir às desastrosas investidas de universalização do SUS. Há controvérsias.³³

De todo modo, não seria prudente deixar de examinar os fatores endógenos que orientaram a elaboração das políticas públicas de apoio ao mercado de planos e seguros privados de saúde durante os dois mandatos de FHC. Em primeiro lugar, porque foi durante o segundo mandato de FHC que o debate sobre a regulamentação dos planos e seguros de saúde saiu dos gabinetes ministeriais menos prestigiados e dos pequenos espaços das sessões econômicas de jornais da grande imprensa e ganhou *status* de prioridade na agenda governamental. Em segundo, porque a iluminação da arquitetura institucional e da montagem do aparato ideológico-técnico que acompanhou a regulamentação das empresas de planos e seguros de saúde requer a compreensão dos movimentos de interesses e conflitos nacionais em busca de reinserção internacional.

Inclusive, esse enfoque mais panorâmico é essencial à captação dos limites de jurisdição do processo de institucionalização da política pública específica para as empresas de planos e seguros de saúde. Na medida em que os dois governos de FHC deram continuidade e aprofundaram as políticas públicas de subsídios à demanda por planos e seguros de saúde e à oferta de estabelecimentos privados de saúde, o Brasil passou a contar com duas fontes não necessariamente conectadas de emissão de normas legais para regular o mercado.

A desarticulação entre as políticas fiscais, as de incentivo à oferta de serviços privados e àquelas direcionadas à expansão do público, imprimiu um novo padrão à geração da regulação público-privado. Substituiu-se a 'integração' estratificada e subsidiada das políticas para os trabalhadores mais qualificados do regime militar pelos incentivos públicos à 'competição' entre as empresas de planos e seguros de saúde e o SUS. No entanto, a condução das explicações sobre a preservação e crescimento do mercado de planos de saúde, quase sempre alusivas ao problema do subfinanciamento do SUS, terminaram por reconhecer e até louvar a existência de uma alternativa de 'alívio' das despesas públicas.

As manifestações sobre as relações entre o SUS e o mercado de planos de saúde implicaram a reconvocação dos termos 'pagante' e 'não pagante' (nada mais do que uma tradução contábil da díade 'indigente/trabalhador' do período pré-SUS) para dar sentido às modernas 'orações' pela salvação do SUS. E a universalização

³³ Para maior aprofundamento, cf. Maria Lucia Frizon Rizzotto, 2000; Ruben Mattos, 2001; e Maria Ceci Araújo Misoczky, 2002.

tornou-se uma referência formal no vocabulário de dirigentes do Ministério da Saúde. Segundo o então ministro da Saúde, Adib Jatene, “todos os que podem pagar devem fazê-lo para que se viabilize o atendimento dos que não podem com os poucos recursos que o sistema possui” (*Folha de S.Paulo*, 5/3/1995).

Os apelos pelo estabelecimento de fontes estáveis e adequadas para o SUS e as constatações sobre o crescimento do mercado de planos e seguros de saúde geraram respostas ativas de atualização do aprofundamento da segmentação do sistema de saúde. Em 1995 as despesas com saúde foram contempladas pela legislação do imposto de renda com um estatuto distinto daquelas relacionadas com educação (instrução). As despesas com saúde e entidades de previdência privada passaram a ser objeto de dedução integral e limitadas aquelas referentes aos gastos com educação (Lei n. 9.250. de 1995).³⁴ As normas sobre os abatimentos dos impostos das empresas previstas no Decreto n. 3.000 de 1999³⁵ persistiram isentando do cálculo do rendimento bruto os serviços médicos pagos, ressarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados. A clara orientação dessa legislação tributária para conferir suporte à securitização privada da saúde e previdência dos trabalhadores formais e dos indivíduos com maior renda difere daquela propugnada pelo regime militar. Antes, a justificativa para a privatização da assistência à saúde, explicitamente assumida como política pública, prendia-se à propulsão do crescimento econômico. Tratava-se de estimular, sob o manto estatal, a produtividade dos trabalhadores de setores estratégicos e a criação de empresas privadas na área da assistência à saúde.

A par das normas destinadas a subsidiar as demandas por planos e seguros de saúde, também foram renovadas e detalhadas as políticas de apoio às empresas privadas de estabelecimentos de saúde. O tratamento fiscal diferenciado e a concessão de créditos subsidiados aos estabelecimentos privados de saúde têm sido objeto permanente de pressão e negociação das entidades de representação dos prestadores privados de serviços de saúde. Em 2004, malogrou a tentativa de aumentar a alíquota da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) para 7,6% para determinados estabelecimentos privados de saúde.³⁶ Por

³⁴ Lei n. 9.250, de 1995, Art. 1º (ver Deduções Fiscais para a Demanda de Serviços, Planos e Seguros Privados de Saúde, Anexo 2).

³⁵ Decreto n. 3.000, de 1999, capítulo II, Art. 39 (ver Deduções Fiscais para a Demanda de Serviços, Planos e Seguros Privados de Saúde, Anexo 2).

³⁶ Lei n. 10.833/03 (Ver Incentivos Fiscais à Oferta, Anexo 2).

forte influência da Frente Parlamentar da Saúde, o governo federal cedeu³⁷ e as receitas decorrentes de serviços prestados por hospital, pronto-socorro, clínica médica, odontológica, de fisioterapia e de fonoaudiologia, laboratórios de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas, clínicas de diálise, raio X, radiodiagnóstico e radioterapia, quimioterapia e de banco de sangue continuam a contribuir com a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) pelo regime antes vigente, ou seja, mediante aplicação da alíquota de 3% sobre o total das receitas.

A Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n. 480, de 2004,³⁸ sacramentou a separação das contas dos denominados serviços de terceiros (profissionais da saúde, especialmente os médicos, e estabelecimentos de saúde) contratados/credenciados pelas empresas de planos e seguros de saúde e autorizou a dedução de impostos e contribuições sociais de profissionais e estabelecimentos de saúde.³⁹ Sobre a remuneração dos profissionais de cooperativas e associações médicas incide 1,5% de imposto de renda e 4,65% (a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido [CSLL], da Cofins e da Contribuição para o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público [PIS/Pasep]) sobre o valor total do documento fiscal. Sobre a outra a fatura a profissionais da saúde não vinculados a associações ou cooperativas incidirão 9,45% (nove inteiros e 45 centésimos por cento) e 5,85% para as faturas dos estabelecimentos de saúde (na realidade, a norma se refere a serviços hospitalares, mas adota uma definição muito vaga de 'hospital', extensiva a pessoas jurídicas; prestadoras de serviços pré-hospitalares; e prestadoras de serviços de emergências médicas por meio de UTI móvel.

Outro âmbito de incidência das normas fiscais para empresas privadas de assistência à saúde é o da importação dos equipamentos, ou seja, importação de peças para produção local. O caráter incipiente da indústria nacional confere importância decisiva aos aspectos fiscais, uma vez que os cambiais, com a estabilização da moeda, encontraram um ponto de equilíbrio, ainda que provisório. A promulgação da Emenda Constitucional n. 33, de 2001, esclareceu que a cobrança do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) não incide sobre a importação de equipamentos médico-hospitalares.⁴⁰

³⁷ Lei n. 10.865/2004, Art. 21.

³⁸ Normatiza, em seu Artigo 26, a retenção de tributos e contribuições nos pagamentos efetuados pelas pessoas jurídicas.

³⁹ Lei n. 9.249/95, Art. 15 (ver Incentivos Fiscais à Oferta, Anexo 2).

⁴⁰ Alteração dos dispositivos da Constituição Federal relacionados ao sistema tributário nacional entre as quais as importações. Após a Emenda Constitucional 33 (EC-33), clínicas médicas, laboratórios e hospitais propuseram ações objetivando a restituição dos valores pagos a título

Sob forte influência da Federação Nacional de Seguradoras (Fenaseg), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Unimed, Entidades de Planos de Autogestão e, Confederação Nacional de Saúde, os projetos de lei apresentados ignoraram toda a complexa trama de políticas públicas de estímulo e suporte à demanda e à oferta de planos privados de saúde. Mas buscaram atender às demandas de regulamentação dos empresários e, ainda, parte daquelas oriundas das entidades de defesa dos consumidores e de representação dos médicos. Assim, a Lei n. 9.656, de 1998, que regulamenta as empresas de planos e seguros de saúde, não rendeu nenhum reconhecimento às normas sobre o sistema de saúde definidas pela Constituição e suas leis regulamentadoras.

A reação tímida dos ‘defensores do SUS’ e os aportes críticos do conhecimento produzido pela área da saúde coletiva às iniciativas destinadas a corrigir as falhas do mercado e domesticá-lo não alteraram os rumos da regulamentação. Os limites estreitos das regras da regulamentação tais como a definição e redefinição das coberturas e normas prudenciais projetaram-se na organização de fóruns específicos freqüentados por especialistas, empresários, entidades de defesa do consumidor e entidades médicas e na adoção de um dialeto propositalmente especializado (o da imperfeição do mercado).

Por volta de 1998, o mercado de planos e seguros privados de saúde já abrangia cerca de 25% da população: 32 milhões de clientes, e aproximadamente 5 milhões de pessoas vinculadas aos esquemas assistenciais para servidores civis e militares (Pnad/IBGE 1998). Sua configuração empresarial, integrada, desde meados dos anos 1980, por seguradoras vinculadas a bancos ou ao sistema financeiro e a diversificação e ampliação das atividades das empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas implicaram a profissionalização e amplificação de seus canais de representação. As entidades de representação dos empresários de comercialização de planos de saúde e estabelecimentos privados, munidas de assessores e argumentos jurídicos e econômicos atuaram antes, durante e após a regulamentação junto ao Congresso Nacional e órgão do Poder Executivo.

Sob forte influência da Fenaseg, Abramge, Unimed, Entidades de Planos de Autogestão e Confederação Nacional de Saúde, os projetos de lei apresentados

do referido imposto. Além disso, as mercadorias que haviam sido importadas e apreendidas foram objeto de ações judiciais para a obtenção de decisões liminares que promoveram sua imediata liberação sem o recolhimento do imposto. Com relação às importações realizadas sob a forma de contrato de arrendamento mercantil (*leasing*), as Cortes Superiores mantiveram o entendimento de que o ICMS não é devido.

ignoraram toda a complexa trama de políticas públicas de estímulo e suporte à demanda e à oferta de planos privados de saúde. Mas buscaram atender às demandas de regulamentação dos empresários e, ainda, parte daquelas oriundas das entidades de defesa dos consumidores e de representação dos médicos. Assim, a Lei n. 9.656, de 1998, que regulamenta as empresas de planos e seguros de saúde, não rendeu nenhum reconhecimento às normas sobre o sistema de saúde definidas pela Constituição e suas leis regulamentadoras.

Essa legislação, que subtende a existência quase exclusiva de um mercado efervescente e selvagem de planos individuais, cuja expansão nos primeiros anos após a implantação do Real prometia retirar mais ‘peso’ do sistema público, encontrou no então ministro Serra um contumaz defensor.

A reação tímida dos ‘defensores do SUS’ e os aportes críticos do conhecimento produzido pela área da saúde coletiva às iniciativas voltadas a corrigir as falhas do mercado, domesticá-lo não alteraram os rumos da regulamentação. Os limites estreitos das regras da regulamentação tais como a definição e redefinição das coberturas e normas prudenciais projetaram-se na organização de fóruns específicos freqüentados por especialistas, empresários, entidades de defesa do consumidor e entidades médicas e na adoção de um dialeto propositalmente especializado (o da imperfeição do mercado). Um pouco mais tarde, a conveniente idealização ou a convicção a respeito da autonomia do mercado e a institucionalização das tensões foram utilizadas como material de construção da ANS em 2000.

A ANS de FHC baseou-se no desenho das agências reguladoras autônomas, foi modelada como instituição à parte do Ministério da Saúde e concretizou-se em diretorias e diretores que mimetizaram órgãos ou empresas a serem regulados aos quais se agregaram técnico-militantes do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Em resposta às pressões por redução ou ampliação das coberturas e valores dos reajustes de preços, a nova burocracia desenvolveu um painel de instrumentos de controle de parte do mercado de planos de saúde cujas bases conceituais e tecnológicas próprias, pouco ou nada relacionaram-se com as do SUS. Os discursos técnico-ideológicos do corpo burocrático da ANS de apologia do equilíbrio entre as partes reguladas e receosas dos erros do ‘fio da navalha’, isto é ‘exageros na intensidade da intervenção estatal’, potencializaram seu afastamento das instituições públicas de saúde. Estas últimas, para alguns dos novos burocratas da ANS, não passavam de exemplo do fracasso da voracidade estatizante. Como a crença na autonomia do mercado não isentou seus defensores de chamar para si a ocupação dos cargos públicos da ANS, seu DNA conservou as marcas do forte imbricamento

Estado-mercado. Por outro lado, assumiu o fenótipo preconizado pelos cânones do Estado regulador e, praticamente, expurgou de seu âmbito de atuação os planos empresariais/coletivos. Ou em outros termos, livrou-se de um mercado considerado ultrapassado, aquele cuja herança corporativista impediria a negação da intervenção estatal. Por isso, o suposto mercado livre do Estado propõe como única interface com o público o ressarcimento ao SUS.

Segundo as estimativas das próprias empresas de planos e seguros de saúde, o somatório da arrecadação de contraprestações pecuniárias/despesas com planos e seguros de saúde foi de cerca de R\$ 16,03 bilhões em 1998. A constatação da equivalência do faturamento das empresas de planos de saúde com o orçamento do Ministério da Saúde (17,5 bilhões para o mesmo ano) gerou reações díspares. Por um lado, alguns pesquisadores alertaram para os possíveis equívocos de classificação de gastos públicos como privados. Por outro, foi utilizada como um novo ingrediente dos argumentos da inviabilidade do SUS universal (Piola & Biasoto, 2001; Bahia, 2001).

Todas essas certezas a respeito da vitalidade do mercado não impediram o ativamento/aprimoramento de políticas públicas dedicadas a conferir suporte às empresas de planos de saúde e a recusa das empresas em aderir às normas legais. Em 2001 e 2002, as medidas fiscais destinadas a estimular a operação das empresas de planos e seguros concentraram-se em torno do alívio fiscal à cobrança de impostos e contribuições incidentes sobre despesas operacionais e reservas técnicas.⁴¹

Mas, esses novos incentivos não moveram as empresas de planos e seguros de saúde na direção proposta pela ANS para reduzir as falhas do mercado. Vencida a batalha judicial, que assegurou a vigência dos contratos antigos e o malogro do programa de incentivo aos contratos,⁴² rotinizaram-se as relações entre o governo e as empresas de planos e seguros de saúde e empresas privadas de estabelecimentos de saúde. Às empresas de planos e seguros de saúde competia demandar a redução de coberturas e manter e encontrar novos mecanismos de proteção fiscal e capitalização junto ao Executivo, Legislativo e Judiciário. Às empresas privadas de estabelecimentos de saúde coube a reivindicação de suporte financeiro para o pagamento de seus débitos junto aos fornecedores, mais subsídios fiscais e a indexação de aumentos dos valores dos prêmios ao valor de remuneração de seus procedimentos. E à ANS

⁴¹ Medida Provisória n. 2.158-35, de 2001 (ver Incentivos Fiscais à Oferta, Anexo 2).

⁴² Medida Provisória n. 148, de 2003. Atribui competências à ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998.



restou o mais dramático dos papéis: o de consolidar-se como uma instituição pública, dependente dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde, como parte de sua burocracia a favor do privado.

O PRIMEIRO GOVERNO LULA: A DECRETAÇÃO PELA ANS DA IRRELEVÂNCIA DO PRIVADO

A equipe de transição do governo Lula questionou o caráter executivo e, sobretudo, a efetividade das políticas de privatização apoiadas pelas agências reguladoras durante o governo FHC. Esse esforço de revisão e tentativa de reordenar as relações institucionais entre os ministérios e as agências, embora não diretamente atinente às duas agências da área da saúde, alentou as proposições de maior aproximação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais da ANS.

Essas mudanças enunciadas não adquiriram uma tradução operacional imediata. A lógica de ocupação de cargos, orientada pela lógica da priorização das demandas da coalizão governamental, impediu um debate mais aprofundado sobre as necessidades de mudanças de escopo e escala na ANS. Contudo, no embalo do otimismo que acompanhou a montagem do governo Lula, a nomeação de sanitaristas petistas, petistas não sanitaristas e sanitaristas não petistas parecia compensar de sobra tanto a permanência de uma estrutura organizacional desfavorável à atuação sobre as interfaces público-privadas e a politização das indicações (dessa vez pela esquerda), quanto à ocupação de uma das diretorias por indicação dos partidos da coalizão articulados como parte das empresas de planos e seguros de saúde.

O clima de mudanças intensificou-se com os pronunciamentos do então ministro Humberto Costa, em 2003. A firmeza de propósitos sobre a necessidade de estabelecer as bases para o diálogo em torno das necessidades de estreita articulação entre o Ministério da Saúde e a ANS, bem como a defesa da irreduzibilidade das coberturas, ‘fechamento’ das duplas portas de entrada e cobrança do ressarcimento ao SUS e a convocação do Fórum de Saúde Suplementar anunciaram a construção de uma nova agenda e uma nova arena para a regulação das empresas de planos e seguros de saúde (*Jornal de Brasília*, 9/2/2003, *Folha de S.Paulo*, 12/06/2003, *Fórum de Saúde Suplementar*, 25/06/2003). No entanto, a negociação sobre o reajuste de preços e os esforços de parte da equipe dirigente para a formulação do Programa de Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde parecem ter desviado todas as energias ‘mudancistas’ para as tentativas de reforma dos modelos assistenciais das empresas de planos e seguros de saúde.



Abrigados sob a bandeira da saúde como bem de relevância pública e por vezes da integralidade da atenção, alguns velhos e novos sanitaristas e lideranças do movimento médico – alçados à condição de dirigentes, consultores e de funcionários de empresas de planos de saúde e da ANS – passaram a apregoar a irrelevância do privado. As convicções sobre as possibilidades de aplicar uma “economia da prevenção” à implementação de modelos técnico-assistenciais produtores de saúde galvanizaram o debate sobre a assistência suplementar na área da saúde pública. A crença no poder de um antídoto genérico para todas as distorções do sistema de saúde, combinada com a apresentação dos efeitos demonstrações da eficiência das mudanças nas práticas assistenciais de certas empresas de planos de saúde, legitimaram a presença e a permanência de sanitaristas nas empresas de planos privados de saúde. Contudo, não seria apropriado atribuir apenas à “distorção” de prioridades o feito de obter a anuência passiva da área da saúde às políticas públicas do governo Lula de expansão do mercado de planos privados de saúde.

Tudo indica que as motivações que inspiraram a política de universalização dos planos privados de saúde para os servidores civis da União, isto é, a extensão de subsídios financeiros para funcionários da administração federal direta e seus dependentes, não estivessem afeitas às mudanças no modelo assistencial. Pelo contrário, a extensão e legitimação de uma política de transferência de recursos públicos orçamentários explicitamente contrária aos preceitos constitucionais, que vedam o repasse de recursos públicos para o setor privado visou a responder, com a ampliação de benefícios indiretos, às demandas salariais. Por isso, o Decreto 4.978, de 2004, gestado no interior do Ministério do Planejamento e que fixou a competência do órgão para expedir normas complementares, abriu caminho para contornar o preceito da universalização do direito à saúde via mudanças na Lei n. 8.112, de 1990 (que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais).

Ironicamente, as alterações infraconstitucionais, no artigo 230 da Lei n. 8.122/90 do Regime Jurídico ‘Único’, incluídas na Lei n. 11.302, de 2006,⁴³ escancararam a não-observância da legislação e descrédito no Sistema ‘Único’ de Saúde, pelo próprio governo. Mais: a vinculação a planos privados de saúde, em certos casos, passou a ser rotulada, por dirigentes sindicais, como conquista dos trabalha-

⁴³ Art.230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, prestada pelo Sistema Único de Saúde ou diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou, ainda mediante convênio, na forma estabelecida em regulamento (Lei n. 8.122/1990).

dores. Conquista que inclui os servidores ‘públicos’, não apenas os federais, mas também para os estaduais e municipais e seus familiares no mercado de planos ‘privados’ de saúde mais baratos. Como a vinculação de servidores públicos representa uma das principais linhas de crescimento do mercado, o posicionamento de seus sindicatos propulsiona, justamente à rede privada de clínicas e hospitais de menor porte, baixa especialização, cuja fragilidade e rotatividade de seus integrantes, certamente comprometem a abrangência e a qualidade requeridas à integralidade da atenção.

No final do primeiro mandato de Lula, complementam-se a ruptura radical dos discursos e práticas de parte do movimento sindical com a defesa da universalização do direito à saúde e os anúncios comemorativos dos dirigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em relação ao fenômeno de expansão dos postos de trabalho formais e do mercado de planos e seguros privados de saúde (*Folha de S.Paulo*, 4/6/2007). Porém, desta feita, a privatização, apoiada por segmentos à esquerda do espectro político, ao contrário do que ocorreu no regime militar, não se subordina ao planejamento econômico. Em função da invisibilidade das políticas públicas de formação do mercado, as coberturas de planos e os seguros de saúde são considerados variáveis independentes de um modelo causal, que pressupõe como desfecho favorável não a saúde e sim a capacidade individual de consumo.

EM NOME DO SUS

Ao longo dos vinte anos de implementação do SUS, as políticas públicas de apoio às empresas de planos e seguros de saúde e estabelecimentos assistenciais foram

Art.230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, prestada pelo Sistema Único de Saúde ou diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou, ainda mediante convênio ou *contrato*, na forma estabelecida em regulamento (Lei n. 9.527/1997).

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde/SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com *planos ou seguros privados de assistência à saúde*, na forma estabelecida em regulamento (Lei n. 11.302 de 2006, grifos meus).

intensificadas e diversificadas em nome do direito universal à saúde. A construção dos pilares estatais de apoio à privatização da assistência à saúde não é simples e nem recente, precede o SUS e se entranha na arquitetura das relações contemporâneas entre o público e o privado.

O processo de democratização, em tempos de retração econômica e ajuste fiscal, não favoreceu a redução das políticas de discriminação e privilégios na saúde. Mas propiciou a inclusão seletiva de novos segmentos ao consumo de bens e serviços, entre os quais os planos e seguros privados de saúde.

Erroneamente, essa onda de privatização da assistência à saúde tem sido atribuída ou à dimensão jurídico-legal ou às relações livres e individuais de compra e venda. Há quem diga que existe um mercado significativo de planos e seguros de saúde porque a Constituição de 1988 determinou que a saúde é livre à iniciativa privada. E há quem afirme – e esses são majoritários – a inevitável atração do consumidor com renda pela assistência privada à saúde. Ambas as interpretações passam ao largo da produção de políticas públicas em prol da privatização e do SUS.

É quando se transpõe o plano das explicações mais gerais para as mais minuciosas, que o SUS aparece, seja como parte da equação que se baseia na “percepção de piora dos serviços públicos de quem pode pagar” e aumento do mercado de planos e seguros de saúde, seja como argumento para justificar o apoio público aos estabelecimentos privados que compõem a sua rede.

Em nome da desoneração do SUS, pelo menos 10 bilhões de recursos públicos/sociais foram revertidos em 2006 para o mercado de planos e seguros e estabelecimentos privados de saúde (Cremesp-Idec, 2007). Parte desse montante refere-se às despesas com saúde declaradas no imposto de renda de pessoa física de 5.467.450 contribuintes (via formulário completo) equivalentes a R\$ 4.270,34 *per capita* em 2004 (cerca de 12 vezes maiores do que os gastos públicos com cada cidadão brasileiro, que em 2004 atingiram o valor de R\$ 363,64 reais *per capita*) (Secretaria da Receita Federal e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde [Siops]). Em nome da desoneração do SUS as empresas estatais e os órgãos da administração direta financiam planos e seguros privados de saúde para seus trabalhadores.

Em nome das insuficiências do SUS, mas apoiados por subsídios fiscais, grandes hospitais filantrópicos (plataformas avançadas de incorporação de tecnologia) se denominam ‘privados’, se associam à Associação Nacional de Hospitais Privados (Anhap) e praticamente não atendem o público. Em nome das insuficiências do SUS, porém fortemente financiados por recursos públicos, hospitais filantrópicos e

universitários mantêm duas portas de entrada, alguns comercializam planos de saúde e um subconjunto arrecada recursos públicos adicionais com a comercialização das atividades de gestão de unidades públicas de saúde.

Os empresários envolvidos com assistência à saúde pretendem demonstrar eficiência exigindo que o Estado os subsidiem, resolva os problemas derivados de seu crônico endividamento e permita-lhes a livre escolha de manter uma capacidade ociosa (não comprável pelos baixos preços de remuneração das tabelas do Ministério e secretarias de Saúde). Essa liberdade estende até a permissão e estímulos governamentais para adoção de parâmetros de fixação de preços similares aos de serviços suntuários por determinados hospitais filantrópicos. Quem organiza as demandas também apela para a eficiência. Os planos privados de saúde saíam mais em conta do que as pressões por aumento salarial; eles trazem ganhos de produtividade às empresas empregadoras e de representatividade para as associações sindicais. Nesses casos, os subsídios governamentais tamponam as eventuais crises provocadas pelos aumentos de preços, como ocorre com a cobertura de recursos orçamentários no que se refere aos déficits dos planos de saúde de empresas estatais (como por exemplo Petrobras e Banco do Brasil, entre outras). E para os compradores individuais a participação num fundo coletivo representa a possibilidade de maximização do investimento e claro que não a escolha do melhor plano, mas garantia de atendimento, modulada pelo poder de compra.

A intensa 'mercadorização' da assistência médico-hospitalar, pelo lado da demanda e da oferta, estimulou o recrudescimento de afirmações sobre a dualidade do sistema de saúde brasileiro. Tal tese, que nos anos 1990 era um patrimônio exclusivo de poucos consultores do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, retornou às análises do sistema de saúde brasileiro pelas mãos de estudiosos e executores de políticas que propugnam o SUS universal. Antes, para demonstrar as vantagens do sistema de saúde colombiano sobre o brasileiro, buscavam-se evidências nas proporções dos gastos públicos e privados de ambos os países. Os elevados e crescentes patamares de gastos privados com saúde no Brasil demonstravam que o sistema universal formal não se coadunava com a estrutura dual de financiamento. Enquanto na Colômbia as altas proporções de gastos públicos guardavam coerência com o pluralismo estruturado (baseado em subsídios públicos à demanda de menor renda, financiamento privado compulsório e instituições arrecadadoras e executoras privadas) (World Bank, 1994). Mais recentemente, o diagnóstico da dualidade tem sido lastreado não apenas na origem das fontes de financiamento, mas também na institucionalização dual da regulação da atenção à

saúde (ANS e Ministério da Saúde). No primeiro caso, o das agências internacionais, o dualismo conotava a impossibilidade estrutural da universalização. Teimosos eram os brasileiros que insistiam em permanecer à margem das reformas privatizantes na saúde. Entretanto, no segundo caso, os sentidos do conceito de dualismo são mais difusos e também mais confusos. Para uns, o dualismo é uma 'evolução', chega-se a dizer 'aprimoramento das diretrizes constitucionais': primeiro ter-se-ia 'criado o SUS', e depois a 'suplementar'. Para outros, encerra a convergência de múltiplas contradições entre o público e o privado já prenunciadas desde a Constituição de 1988.

As informações apresentadas ao longo do presente trabalho não corroboram a dualidade do sistema de saúde brasileiro. Apesar de não definitivas e carentes de maior decantação, há razões de sobra para supor que os padrões de relações entre o público e o privado que estruturam e dinamizam o SUS não são exclusivos e mantêm numerosas interfaces com aquelas incidentes no mercado de planos e seguros de saúde.

Perante o vasto, sofisticado e renovado painel de políticas públicas de privatização da assistência à saúde, a hipótese a ser arriscada é a da fragmentação do padrão de acumulação, mantido pela integração seletiva das demandas, inaugurado pelo regime militar. Isso não significa desconhecer nem o aprofundamento das iniquidades nem a irredutibilidade da disjuntiva entre os objetivos de promoção do bem-estar e busca da eficiência, crescimento econômico e competitividade.

Estamos assistindo a um processo de recuperação da capacidade de planejamento e dos investimentos públicos, em especial com o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), que define uma estratégia a partir de uma visão global. Trata-se de um avanço qualitativo inquestionável, mas é inevitável constatar que o volume de investimentos previstos no PAC é bastante modesto. As iniciativas para inserir a saúde na agenda do desenvolvimento, ao mesmo tempo que oportunas e relevantes, retiram-na do confinamento a que fica relegada, quando encarada apenas como programa compensatório.

Perceber com clareza o papel do Estado na articulação com o empresariado sob a forma de coordenação estratégica parece óbvio, mas no que tange às empresas de planos e seguros e estabelecimentos privados de saúde, a regulação tem se pautado pelas trocas por meio de ações individualizadas. Essa fragmentação reforça as concepções a respeito da existência de um mercado abstrato idealizado que se move unicamente pelo apetite de seus vendedores e compradores.

Daí a premência de retomar e priorizar o tema das relações entre o público e o privado na saúde, procurando fundamentar um debate não normativo sobre a

importância da universalidade do direito à saúde para o desenvolvimento econômico e social. Os vinte anos de SUS deixam entre seus inúmeros avanços as evidências sobre o impacto das políticas universais. Por outro lado, os impasses do SUS exigem não apenas a atualização do nosso pensamento sobre a “irracionalidade da medicina privada”, mas também a elaboração de estratégias de ação para reverter o padrão de alocação de recursos financeiros e políticos na privatização da assistência à saúde.

Assim, nas comemorações dos vinte anos de SUS em meio aos anúncios de retomada do dinamismo da economia brasileira, brindaremos ao debate e não aos consensos vazios. Brindaremos às perspectivas de efetivação do SUS universal e, portanto à necessidade de discernir e enfrentar arranjos político-técnicos pelos interesses particulares que o inviabilizam.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, L. *Reestratificação das Clientelas na Década de 80: um estudo exploratório do caso Amil*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BAHIA, L. *Padrões e Mudanças nas Relações entre o Público e o Privado no Brasil: planos e seguros de saúde*, 1999. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 329-339, 2001.
- BAHIA, L. *et al.* Dinâmica e tendências do mercado de saúde suplementar no contexto da regulação: reestruturação empresarial e profissionalização da gestão, 2008. Projeto APQ Cnpq nº 410630/2006-3.
- CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde. In: FLEURY, S. (Org.) *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. v. 1.
- CAMPOS, G. W. S. O público e o privado na saúde brasileira. *Le Monde Diplomatique*, mar. 2008, p. 28-29.
- CANABRAVA, C. M.; ANDRADE, E. I. G. & CHERCHIGLIA, M. L. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23: 115-126, 2007.
- CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- FAVARET, P. F. & OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, 33(2): 257-283, 1989.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, 40, n. esp.: 11-23, 2006.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 377-389, 2001.
- MELLO, C.G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. *Saúde em Debate*, 3: 8-15, 1977.
- MISOCZKY, M. C. A. *O Banco Mundial e a Reconfiguração do Campo das Agências Internacionais de Saúde: uma análise multiparadigmática*. Recife: Observatório da Realidade Organizacional, Propad/UFPE, Anpad, 2002.
- NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Editora Unicamp, 2002.
- OLIVEIRA, J. A. & FLEURY TEIXEIRA, S. M. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989.
- PIOLA, S. & BIASOTO JR., G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da Saúde*. Campinas: Editora Unicamp, 2001.
- PORTAL BROKERS BRASIL. Bancos apostam no 'consignado hospitalar' Luciana Bruno 11/02/2008 DCI SP. Disponível em: <www.crediunion.com.br/noticias.asp>.
- RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*, 2000. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde, Promessas e Limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- SALM, C. *Planos de Saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde, 2005.
- VIANA, A. L. & ELIAS, P. E. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 supl.: 1.765-1.766, 2007.
- WORLD BANK. *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: agenda for the 90s*. Washington: World Bank, 1994. (Report, 12655-BR)



ANEXO

LEGISLAÇÃO

FUNRURAL

O Decreto n. 73.617, de 12 de fevereiro de 1974 (Revogado), aprova o Regulamento do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural e contém em seu Capítulo II (Benefícios em Serviços), seção I – Serviços de Saúde, entre outras as seguintes definições: Art. 27. Os serviços de saúde serão prestados com a amplitude que permitirem os recursos do Funrural, em regime de gratuidade total ou parcial, segundo a renda familiar e os encargos de família do beneficiário; Art. 28. Os serviços de saúde compreenderão: a) prevenção às doenças e educação sanitária; b) assistência à maternidade e à infância; c) atendimento médico e cirúrgico em ambulatório, ou em regime de internação hospitalar, ou, ainda, em domicílio; d) exames complementares; e) assistência odontológica, clínica e cirúrgica. Art. 29. Adotar-se-á, para prestação dos serviços de saúde, o sistema de subsídios e, quando necessário, doação de equipamento, a cargo do Funrural, mediante convênio deste com estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais mantidos: a) pela União, Estados e Municípios; b) por instituições de previdência social; c) por Universidades e Fundações que apresentem abonadora folha de serviços sociais; d) *por entidades privadas de preferência com as de natureza beneficente*; e) por entidade sindicais de trabalhadores ou de produtores rurais; f) por cooperativas de produtores rurais, cuja folha de serviços assistenciais as recomende; g) por empresas que empreguem recursos próprios no desenvolvimento dos serviços sociais. Parágrafo único. Os subsídios conferidos aos estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, pertencentes aos Estados ou Municípios, não poderão, em qualquer hipótese, ser desviados da direta e imediata utilização pelo próprio estabelecimento, nos termos constantes do respectivo convênio, sob pena de rescisão contratual. Art. 30. Os serviços de saúde serão prestados em sentido coletivo, sem objetivar o controle do gasto individual relativo ao beneficiário, ou dos ajustes entre profissionais e entidades prestadoras de serviços. Art. 34. Em nenhum caso o Funrural, por si ou seus prepostos, poderá contratar ou manter pessoal para a realização direta de qualquer forma de prestação de serviços de saúde ao trabalhador rural e dependentes (grifos meus).



DÉBITOS DE HOSPITAIS PRIVADOS, 1993

Lei n. 8.620, de 5 de janeiro de 1993. Art. 5º. Os débitos dos hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), relativos a contribuições arrecadadas pelo Instituto Nacional do Seguro Social, ajuizados ou não, referentes a competências existentes até 30 de outubro de 1992, poderão ser objeto de parcelamento nos termos desta Lei, mediante o desconto de até vinte por cento a ser efetuado sobre a importância das faturas referentes aos serviços médico-hospitalares prestados por conta da Seguridade Social, cujo valor correspondente será retido pelo órgão pagador, para ressarcimento de parcela do débito, na forma a ser estabelecida em regulamento.

CONCESSÃO DO CERTIFICADO DE BENEFICÊNCIA E PARTICIPAÇÃO NA REDE SUS

A Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), e a Medida Provisória n. 2.187-13, de 2001, definem no artigo 4º que a assistência social rege-se, entre outros, pelo princípio da universalização dos direitos sociais e que a inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidade beneficente de assistência social junto ao CNAS. Os sucessivos detalhamentos dos critérios de concessão do certificado de entidade beneficente visaram a reduzir os parâmetros previstos inicialmente pelo Decreto n. 2.536 de 6 de abril de 1998 (exigência de 60% dos atendimentos para os convênios firmados com o SUS). Os decretos n. 3.504, de 2000, n. 4.499, de 2002, e n. 4.327, de 2002, introduziram como alternativas à concessão do certificado: 1) a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; 2) a aplicação por parte da entidade de um percentual da receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento universal, nos casos em que os secretários de saúde declarassem a impossibilidade de contratar 60% das internações do hospital; 3) a classificação do hospital como estratégico para o SUS.

Decreto n. 4.481, de 2002, reduz o percentual de atividades destinadas ao atendimento universal. Art. 2º. Os sistemas de alta complexidade de que trata o art. 1º são regulamentados pelo Ministério da Saúde (...). § 2º *No caso de prestação de serviços nos Grupos II e X, o percentual mínimo exigido de prestação de serviços ao SUS, também medida por paciente-dia, é reduzido para vinte por cento (grifos meus)*. O Decreto n. 4.588, de 2003, revogou o n. 4.481, de 2002.



Decreto n. 5.895, de 2006. Dá nova redação ao art. 3º do Decreto n. 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. A instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito de ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento poderá alternativamente realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, estabelecendo convênio com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: I – estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II – capacitação de recursos humanos; III – pesquisas de interesse público em saúde; IV – desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

FONTES ADICIONAIS DE RECURSOS E CONCESSÃO DE CRÉDITOS PARA AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA

A Lei n. 11.345, de 2006, e Decreto n. 6.187, de 2007, dispõem sobre a instituição de concurso de prognóstico destinado ao desenvolvimento da prática desportiva, a participação de entidades desportivas da modalidade futebol nesse concurso e o parcelamento de débitos tributários e para com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Definem que 3% (três por cento) da arrecadação serão direcionados para o Fundo Nacional de Saúde, que destinará os recursos, exclusivamente, para ações das Santas Casas de Misericórdia, de entidades hospitalares sem fins econômicos e de entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência. Esses recursos são, normalmente, utilizados como capital de giro para a empresa, pequenas reformas e pagamento do 13º salário aos funcionários. O hospital conveniado ao SUS tem permissão do Ministério da Saúde para antecipar até 30% da média mensal de seu faturamento a um limite de dez faturamentos financiados. As parcelas são pagas (sob a forma de prestações fixas em 12, 24 ou 30 meses) pelo próprio Ministério da Saúde, que desconta o montante do próximo faturamento da entidade de saúde. A Caixa Econômica prevê ainda criar uma nova modalidade: o Caixa Hospital Investimento, que seria utilizado para gastos maiores, como construção de novas unidades e compra de equipamentos. Em novembro de 2007, a partir de uma solicitação da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), a Caixa Econômica Federal reduziu as taxas de juros da linha de crédito Caixa Hospitais, para o financiamento de 12 meses, de 1,45% para 1,20% ao mês.



DEDUÇÕES FISCAIS PARA A DEMANDA DE SERVIÇOS, PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

Desde a Lei n. 154, de 1947, a legislação brasileira permitiu que fossem abatidos da renda bruta os pagamentos feitos a médicos e dentistas pelo contribuinte. Inicialmente, esse abatimento era facultado somente ao contribuinte de menor renda. No âmbito da reforma tributária do regime militar buscou-se equipar os abatimentos, limitados a 5% da renda bruta das despesas com hospitalização e cuidados médicos àquelas realizadas com os prêmios de seguros de vida, seguros de acidentes pessoais e seguros de saúde (Artigo 9º § 3º e Artigo 10º Lei 4.506 de 1964).

Decreto-Lei n. 2.396, de 1987, em seus artigos 7º, 8º e 13º instituiu abatimentos com os prêmios para seguros de saúde, vida e acidentes pessoais, previdência complementar aberta e fechada.

Art. 7º. Poderão ser abatidos da renda bruta os pagamentos feitos a empresas nacionais, ou autorizadas a funcionar no país, referentes a prêmios de seguros de vida, de acidentes pessoais e os destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, relativos ao contribuinte, seu cônjuge e dependentes, vedada a inclusão de prêmio de seguro total a prêmio único.

§ 1º. Poderão também ser abatidos os pagamentos feitos a entidades que assegurem direitos de atendimentos ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar.

§ 2º. O abatimento de que trata este artigo não poderá ultrapassar Cr\$ 50.000,00 (cinquenta mil cruzados) e estará sujeito ao limite previsto no artigo 9º da Lei n. 4.506, de 30 de novembro de 1964.

Art. 8º. O abatimento de que tratam os artigos 3º e 4º do Decreto-Lei n. 2.296, de 21 de novembro de 1986 (previdência privada fechada e aberta), juntamente com os abatimentos a que se referem o artigo 12, I, do Decreto-Lei n. 2.292, de 21 de novembro de 1986 (planos PAIT), e o artigo 2º, I, do Decreto-Lei n. 2.301, de 21 de novembro de 1986 (caderneta pecúlio), não poderão exceder, em seu conjunto, a Cr\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil cruzados), observados os demais limites estabelecidos.

Lei n. 7.713, de 1988, Art. 14. Na determinação da base de cálculo sujeita à incidência mensal do imposto de renda poderão ser deduzidas: I – no que exceder

a cinco por cento do rendimento bruto do contribuinte, a parte dos pagamentos feitos pela pessoa física, no mês, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais e hospitais; § 1º. O disposto no inciso I deste artigo aplica-se também aos pagamentos feitos a empresas brasileiras, ou autorizadas a funcionar no país, destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar. § 2º. Quando o montante dos pagamentos a que se refere este artigo ultrapassar o valor da base de cálculo do imposto, em cada mês, o excedente, corrigido monetariamente, poderá ser deduzido no mês subsequente, no que ultrapassar a cinco por cento do rendimento bruto do mês de dedução.

Lei n. 9.250, de 1995, Art 1º. I – de todos os rendimentos percebidos durante o ano-calendário, exceto os isentos, os não-tributáveis, os tributáveis exclusivamente na fonte e os sujeitos à tributação definitiva; II – das deduções relativas a) aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias; b) a pagamentos de despesas com instrução do contribuinte e de seus dependentes *até o limite anual individual* (valores dos limites redefinidos até o ano 2010 pela Lei n. 118.482, de 2007). Art 2º. I – aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no país, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza; V – no caso de despesas com aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, exige-se a comprovação com receituário médico e nota fiscal em nome do beneficiário. Essa norma altera a Lei n. 8.134, de 27 de dezembro de 1990, o artigo 7º (sobre as deduções das contribuições para a Previdência Social) e 8º (despesas com saúde) que preserva os mesmos patamares para o desconto dessas últimas despesas 5% para trabalhadores urbanos, embora tenha admitido a dedução integral quando as mesmas excederem 20% do resultado da atividade rural. Decreto n. 3.000, de 1999. O capítulo II, artigo 39º do Decreto n. 3.000, de 1999, considera entre outros rendimentos isentos ou não tributáveis: Ajuda de Custo/Alimentação, Transporte e Uniformes (alimentação, o transporte e os uniformes ou vestimentas especiais de trabalho, fornecidos gratuitamente pelo empregador a seus empregados; Auxílio-alimentação e Auxílio-transporte em Pecúnia a Servidor

Público Federal Civil; o auxílio-alimentação e o auxílio transporte pago em pecúnia aos servidores públicos federais ativos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional)/ Benefícios Percebidos por Deficientes Mentais/ Bolsas de Estudo/ Cadernetas de Poupança/ Cessão Gratuita de Imóvel/ Contribuições Empresariais para o Pait (Plano de Poupança e Investimento)/ Contribuições Patronais para Programa de Previdência Privada/ Contribuições Patronais para o Plano de Incentivo à Aposentadoria Programada Individual/ Diárias/ Dividendos do FND (Fundo Nacional de Desenvolvimento)/Doações e Heranças/Indenização Decorrente de Acidente/ Indenização por Acidente de Trabalho/ Indenização por Danos Patrimoniais/ Indenização por Desligamento Voluntário de Servidores Públicos Civis/ Indenização por Rescisão de Contrato de Trabalho e FGTS/ Indenização Reforma Agrária/ Indenização Relativa a Objeto Segurado/ Indenização Reparatória a Desaparecidos Políticos/ Indenização de Transporte a Servidor Público da União/ Letras Hipotecárias/ Pecúlio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)/ Pensionistas com Doença Grave/ PIS e Pasep/ Proventos de Aposentadoria por Doença Grave/ Proventos e Pensões de Maiores de 65 Anos (até novecentos reais por mês)/ Proventos e Pensões da FEB/Redução do Ganho de Capital/ Resgate de Contribuições de Previdência Privada/ Resgate do Fundo de Aposentadoria Programada Individual (Fapi)/ Resgate do Pait/ Salário-família/ Seguro-desemprego e Auxílios Diversos/ Seguro e Pecúlio/ Seguros de Previdência Privada/ *Serviços Médicos Pagos, Ressarcidos ou Mantidos pelo Empregador (XLV – o valor dos serviços médicos, hospitalares e dentários mantidos, ressarcidos ou pagos pelo empregador em benefício de seus empregados)*/ Valor de Bens ou Direitos Recebidos em Devolução do Capital (definição de parâmetros) / Venda de Ações e Ouro, Ativo Financeiro (definição de limites) (grifos meus).

INCENTIVOS FISCAIS À OFERTA

A Lei n. 10.833/03 aumentou a alíquota da Cofins para 7,6% para clínicas, laboratórios e outros estabelecimentos de saúde. Porém, por ocasião da conversão da Medida Provisória n. 164/2004, que instituiu tributação de PIS e Cofins sobre produtos importados, a discussão em torno da redução da alíquota para todo o setor da saúde foi retomada, acatando a modificação do artigo 10 da Lei n. 10.833/03. O antigo texto foi alterado pelo artigo 21 da Lei n. 10.865/2004, para determinar que as receitas decorrentes de serviços prestados estabelecimentos de saúde contribuam com a Cofins pelo regime anteriormente vigente, conforme estabelecido na Lei n. 10.833/03.



Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n. 480 de 2004, Art. 26. Nos pagamentos efetuados às cooperativas ou associações médicas, as quais, para atender aos beneficiários dos seus planos de saúde, subcontratam ou mantêm convênios para a prestação de serviços de terceiros não cooperados, tais como: profissionais médicos e de enfermagem (pessoas físicas); hospitais, clínicas, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e laboratórios etc. (pessoas jurídicas), por conta de internações, diárias hospitalares, medicamentos, fornecimento de exames laboratoriais e complementares de diagnose e terapia etc. serão apresentadas duas faturas, observando-se o seguinte: I – no caso das associações médicas: a) uma fatura, segregando as importâncias recebidas por conta de serviços pessoais prestados por pessoas físicas associadas (serviços médicos e de enfermagem), das importâncias recebidas pelos demais bens ou serviços (taxa de administração, etc.), cabendo a retenção; b) outra fatura, referente aos serviços de terceiros não cooperados (pessoas físicas ou jurídicas), a qual deverá segregar as importâncias referentes aos serviços prestados.

O Art. 15 da Lei n. 9.249/95 fixa a base de cálculo do IRPJ, que, via de regra, corresponde a 8% da receita bruta. O inciso III do § 1º desse artigo fixa essa base de cálculo em 32% da receita bruta para as atividades de prestação de serviços em geral, exceto a de serviços hospitalares. O art. 20 da mesma lei estipula a base de cálculo da CSLL em 12% sobre a receita bruta para as empresas em geral, e em 32% para as empresas que exercem atividades de prestação de serviços, exceto a de serviços hospitalares.

