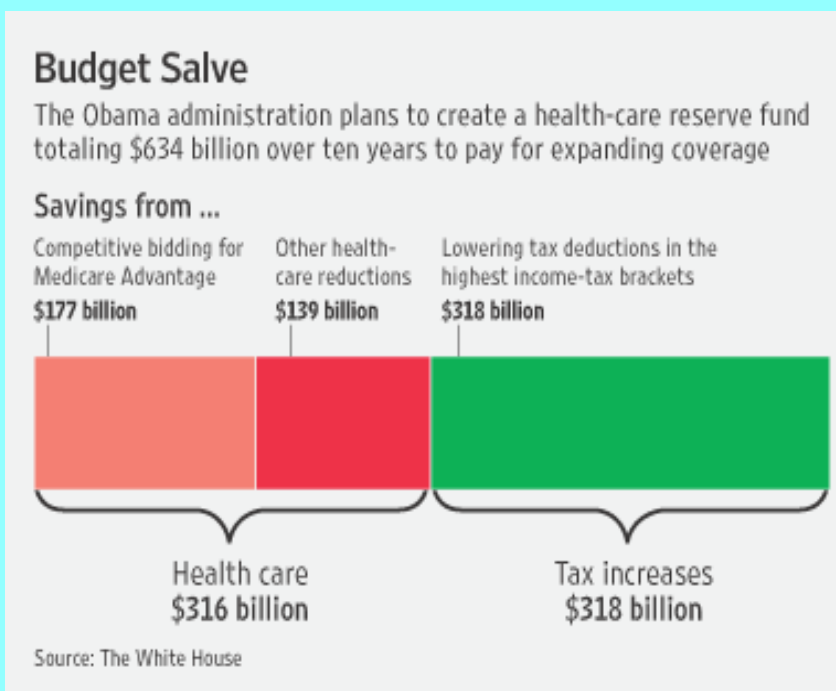


A Privatização no Sistema de Saúde Brasileiro nos Anos 2000: Tendências e Justificação

Ligia Bahia, Abril de 2009

USA e Brasil

O orçamento apresentado pelo Presidente Obama ao Congresso em fevereiro de 2009 prevê o aporte de 634 bilhões de dólares para a saúde na próxima década ([U.S. Department of Health & Human Services](#), 2009). Parte desses recursos será gerada pela redução das deduções nos impostos devidos pelas pessoas situadas nas faixas mais altas de renda (acima de 250.000 dólares anuais) e outra parcela pela redução de gastos com os atuais programas públicos (especialmente o Medicare¹).



Hoje no Brasil

Predomínio das Fontes Privadas no
Financiamento da Saúde

Gasto Público em Relação ao Gasto Total com Saúde

1976 = 75% (IPEA)

2005=38,8%% (IBGE)



“A Lei é Boa Mas Não é Cumprida”

Perfil de Gastos com Saúde de Países Selecionados da AL

Indicadores de Recursos Financeiros dos Sistemas de Saúde de Países Selecionados da América Latina 1999 e 2006

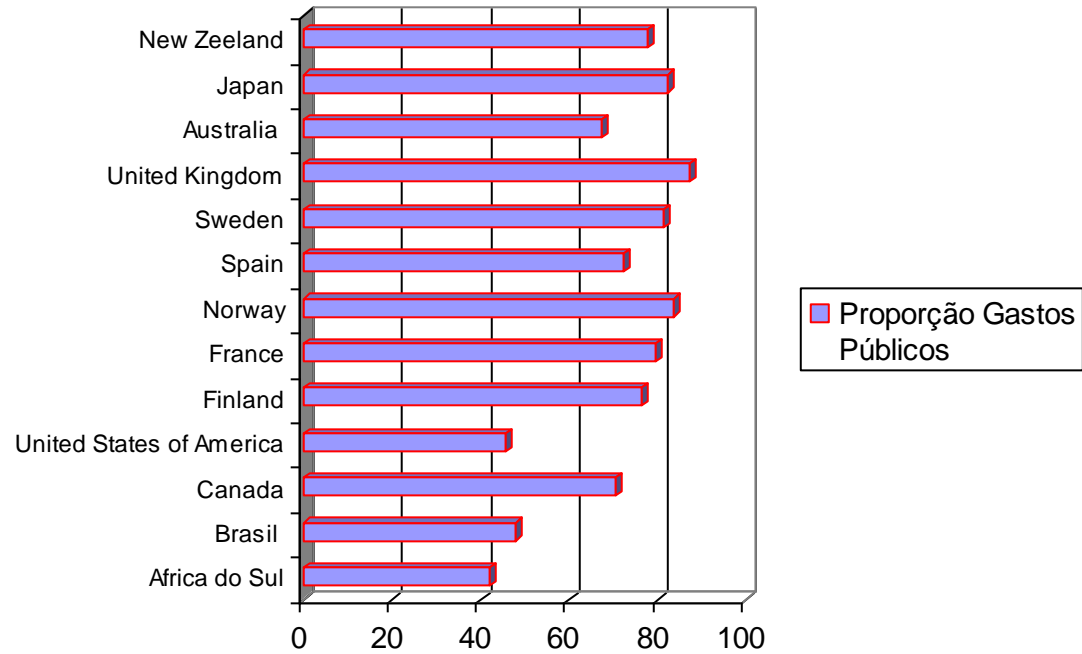
Países Selecionados	PIB per Capita (PPP int. \$)		% de Gastos Saúde Total do PIB		% de Gastos Saúde Total Gastos Gov.		Tot. Gastos Saúde per Capita (PPP int. \$)		Tot. Gastos Saúde per Capita (US \$)		% Gastos Públicos	
	1999	2006	1999	2006	1999	2006	1999	2006	1999	2006	1999	2006
Argentina	8860	11670	9,1	10,1	15	14,2	1125	1665	707	551	56,5	45,5
Bolívia	2980	3810	6,2	6,6	10,5	11,6	149	204	63	79	58,1	62,1
Brasil	6490	8700	7,1	7,5	5,5	7,2	535	765	242	426	42,7	47,9
Chile	8590	11300	6,2	5,3	10,4	14,1	548	697	298	473	46,7	52,7
Colômbia	4520	6130	9,3	7,3	18,8	17	572	626	197	217	76,3	85,4
Costa Rica	6060	9220	6,2	7	21	21,5	467	743	255	353	76,3	76,1
México	8820	11990	5,6	6,2	12,2	11	469	756	277	500	47,9	43,3

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2009

WHO Statistical Information System (WHOSIS)

<http://www.who.int/whosis/en/>

Gráfico 1
Proporção Gastos Públicos em Relação ao Total de Gastos com Saúde -
Países Selecionados, 2006



Historical National Health Expenditure, Analysis, 2007:

As despesas com saúde cresceram 6.1% - \$2.2 trillion in 2007, ou \$7,421 per capita e representaram 16.2% of Gross Domestic Product.

As despesas com o Medicare cresceram 7.2% to \$431 billion in 2007, (19% do total das despesas com saúde).

As despesas com o Medicaid cresceram 6.4% to \$329 billion in 2007, (15% do total das despesas com saúde)

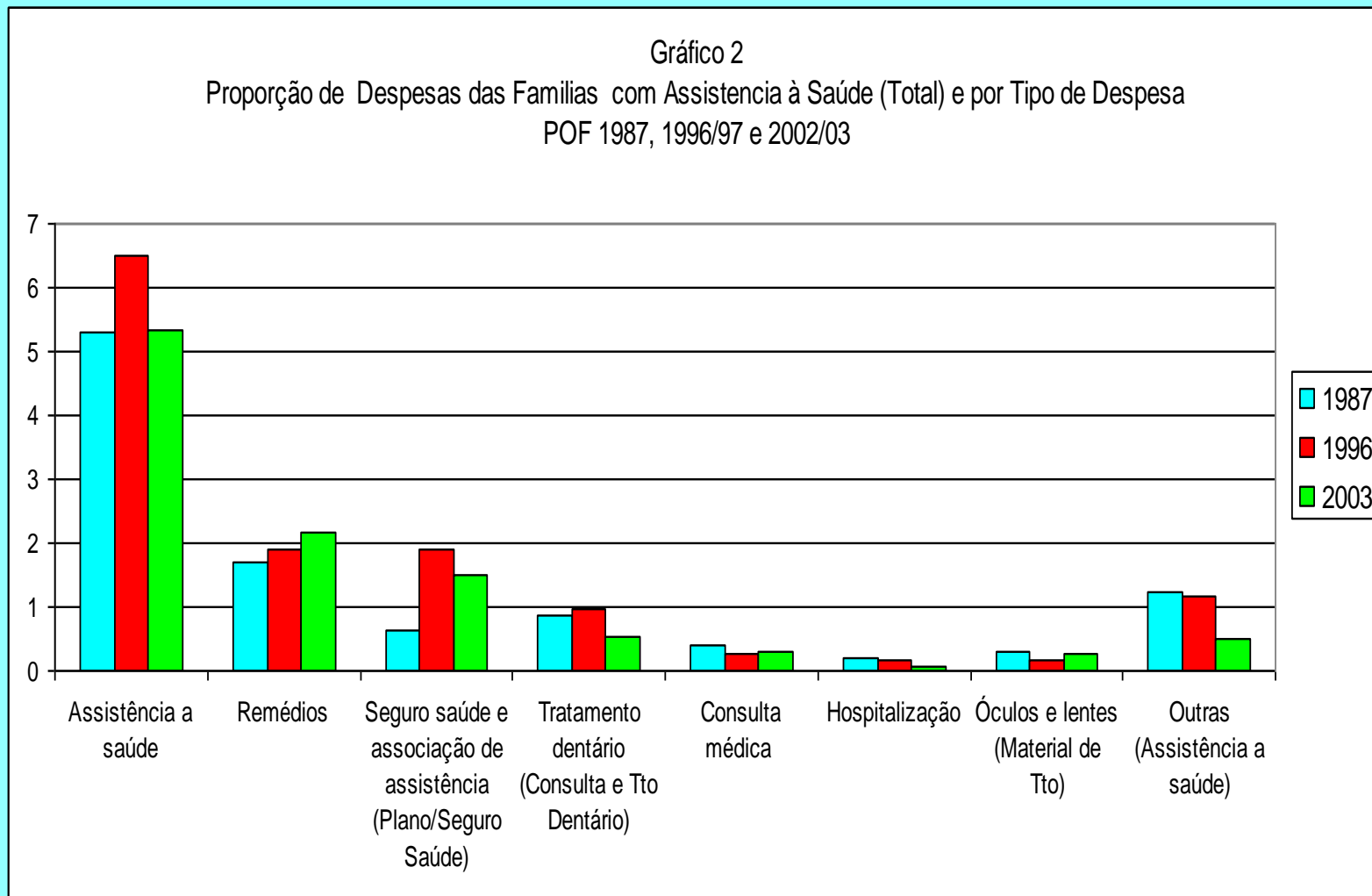
Os gastos privados cresceram 5.8% to \$1.2 trillion in 2007, or 54 percent of total NHE. As despesas hospitalares cresceram 7.3% in 2007, (acima de 6.9% em 2006).

Os gastos com medicamentos prescritos aumentaram 4.9% in 2007, redução em relação ao crescimento de 8,6% verificado em 2006.

No nível agregado as proporções das despesas com saúde das empresas empregadoras (25%), famílias (31%), outros patrocinadores privados (4%), e despesas governamentais (40%) mantiveram-se semelhantes as de 2006

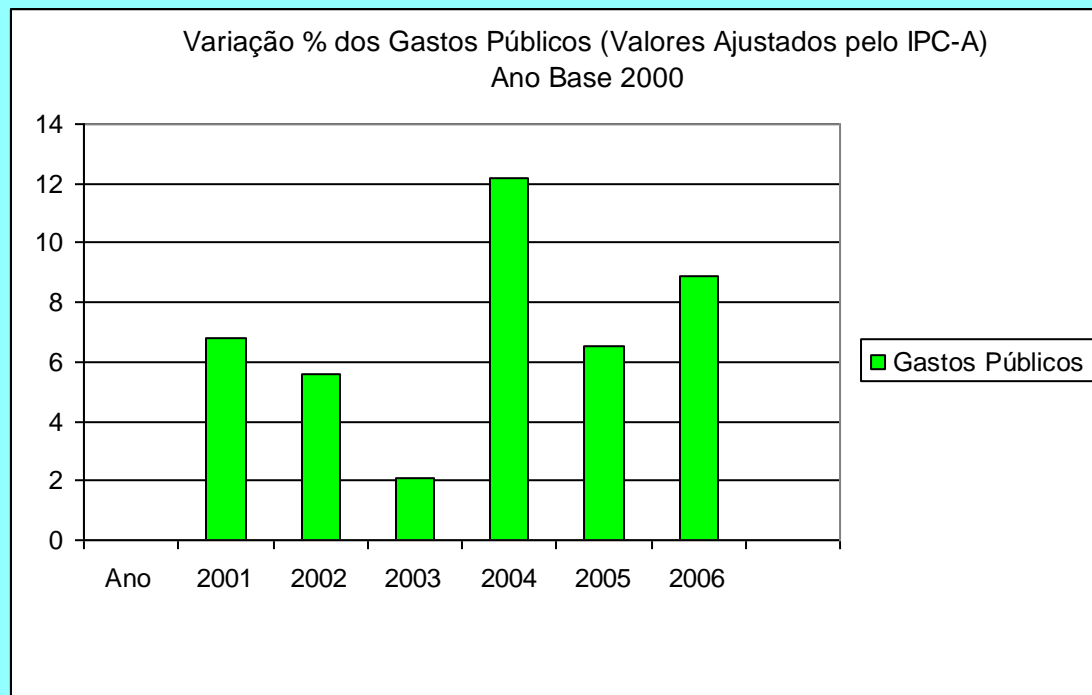
http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_Sheet.asp#TopOfPage

Evolução das Despesas com Saúde das Famílias no Brasil

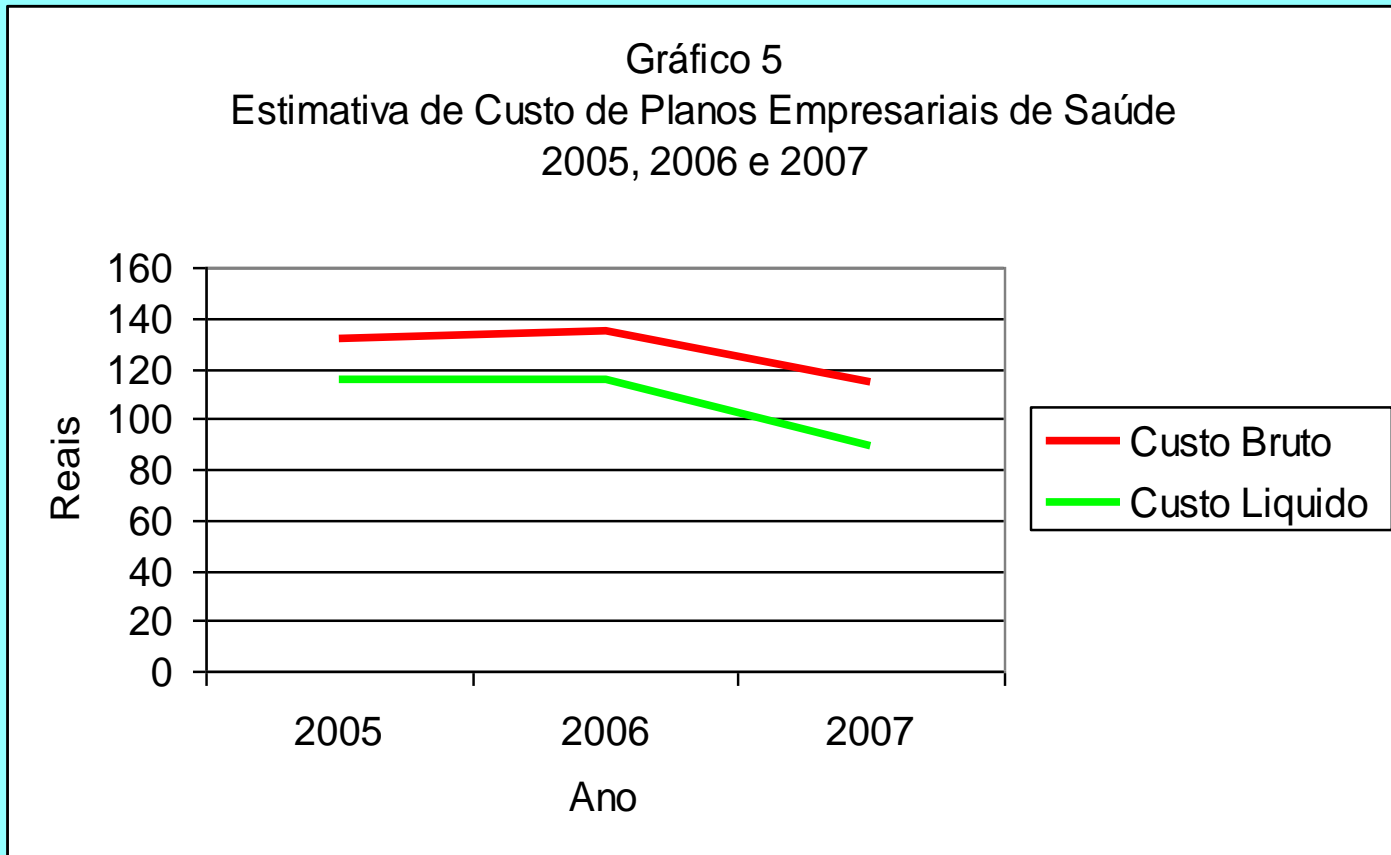


Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares, 1987, 1996/97 e 2002/03 IBGE

Evolução das Despesas Públicas com Saúde no Brasil



Evolução das Despesas com Saúde das Empresas Empregadoras no Brasil



Fonte: Towers Perrin, Pesquisa de Benefícios Sociais 24^a, 25^a e 26^a Edições

(...) no Brasil ao contrário do que ocorre nos EUA não há contemporaneamente, registros claros de divergências sobre os rumos do sistema de saúde nem entre partidos políticos nem entre formuladores e executores de políticas, nem entre especialistas. A contestação do Governador da Lousiana, filiado ao Partido Republicano às propostas de Obama expõe divergências profundas com as políticas de reforma do sistema de saúde

Os republicanos acreditam em um simples princípio: Nenhum americano deveria se preocupar em perder a sua "cobertura de saúde" - ponto. Nós nos colocamos a favor do acesso universal a um sistema de saúde. Mas, nos opomos a um sistema de saúde universal regido pelo governo. As decisões sobre o sistema de saúde devem ser realizadas por médicos e pacientes - não pelos burocratas do governo. Nós acreditamos que os americanos possam fazer qualquer coisa - e se colocarmos de lado partidarismos políticos e trabalharmos juntos, poderemos tornar o nosso sistema de saúde privada acessível para todos os nossos cidadãos.

O processo de indiferenciação entre adeptos e opositores do SUS, ou em outros termos de cristalização de um **consenso vazio em torno do SUS** pode ser atribuído por um lado à vitória das teses universalizantes e por outro a hegemonia de políticas racionalizadoras, que esculpíram um SUS com dimensões menores e sobretudo com pretensões de propiciar cuidados e atenção mais modestas do que aquelas vigentes nos países que erigiram sistemas universais de saúde.

Fernando Henrique Cardoso

É preciso buscar outros mecanismos; é preciso levar adiante um projeto que já mandei para o Congresso, relativo ao ressarcimento que os seguros de saúde têm que fazer ao SUS, porque isso é importante, é preciso que, aí sim, se faça pressão junto ao Congresso para aprovação desse mecanismo. É preciso buscar novas formas de participação dos Estados e Municípios no financiamento da saúde; é preciso, enfim, criar os mecanismos que, realmente, transformem em efetivo aquilo que é palavra: a universalização do atendimento de saúde.

Nós conhecemos as situações noutros países; nós sabemos as dificuldades; nós sabemos que, num país como o nosso, os recursos nunca serão suficientes para que se enfrente essa questão, mas nós precisamos, de toda maneira, buscar fórmulas que permitam divisar, a médio prazo, uma solução para essa questão da saúde, do financiamento da saúde.(...) Com isso eu não estou repelindo o setor privado, porque num país como o Brasil ele tem um papel importante. Mas estou dizendo que, de alguma maneira, no meu modo de entender, é prioritária a reconstituição de um sistema público de saúde dos hospitais universitários, dos hospitais públicos e das Santas Casas em que há tanta dificuldade, muitas vezes, para que nós possamos efetivamente, ter uma estrutura que garanta os atendimentos aqueles que não têm recurso. Os que têm recursos, crescentemente usarão outros mecanismos, e os seguros de saúde, mecanismos existentes em todas as sociedades é que deverão, por consequência, diminuir o peso sobre o SUS. O que não é justo é que esse peso recaia também sobre o SUS, porque aí o que se estará fazendo é uma coisa oposta à equidade, utilizando recursos que deveriam ser para os que não têm para aqueles que têm. Eu acho que os que dispõem de recursos não têm por que apelar para a gratuidade da saúde, se eles têm condições de pagar um seguro. Não se pode, em nome de um valor abstrato, na prática, prejudicar a maioria mais carente e mais pobre. Isso é hipocrisia, não é crença em nenhum valor defensável do ponto de vista filosófico (Conselho Nacional de Saúde, 1997) .

(CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE ATA DA SEXAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA Dia 5 de fevereiro de 1997)

Serra

[Ninguém garante que os empresários que pagam planos privados para seus empregados queiram utilizar esses recursos para financiar o SUS]

Simpósio de Planos de Saúde Câmara de Deputados 2001

Parlamentar

(...) mas o Brasil não pode deixar de ter planos de saúde, e nós temos que ver esse limite, esse mercado de 40 milhões de pessoas que estão nos planos, classe média, média alta, talvez planos também no nível de empresa, são fundamentais.

(...) Para quem não me conhece, sou Vice-Presidente da Confederação das Santas Casas do Brasil. E nós estamos melhorando o nosso setor. Como há dificuldades em todos os setores, têm provedores com dificuldade, mas há Secretários Municipais que deveriam estar na cadeia. Então todo cuidado é pouco ao analisar essa questão. Mas as Santas Casas surgiram antes do Estado propriamente, e o SUS não vive sem a Santa Casa, e essa é a missão das Santas Casas e nunca vai deixar de ser. Se nós vivessemos num país ideal, justo, sem dificuldades de orçamento, de educação, a Santa Casa, sim, poderia ser uma Santa Casa sem planos de saúde, mas visão empresarial sempre: é gestão, é gestão (...). Se uma Santa Casa busca cliente, de uma forma ou outra, com piano, com carro, com propaganda na televisão, que bom. Parabéns, provedor que está fazendo isso e administrador competente que assim está fazendo (Darcísio Perondi – CPI DOS PLANOS DE SAÚDE apud Garcia, M, 2004).

Lula

A atmosfera de ceticismo em relação à construção de um sistema de saúde efetivamente universal e a visão de um SUS restrito aos serviços públicos contaminam até o discurso do próprio Presidente Lula. Ao dizer que os senadores votaram contra a CPMF porque não usuários do SUS, o Presidente, ainda que indiretamente reafirma a segmentação. E parecia desconhecer que os Senadores possuem um esquema assistencial prodigamente financiado por recursos públicos.

Servidores Públicos

“(....) estamos há décadas lutando arduamente para que a PROREH em convênio com o Hospital de Clínicas supra as nossas necessidades, pois, quem é capaz de agüentar um plano UNIMED? A partir de então, questionamos o Pró-Reitor quanto às dificuldades da nossa categoria em conseguir atendimento médico, sobretudo na área ambulatorial para certas especialidades e também uma outra questão que é grave, a emergência! (Será no Pronto Socorro?) A informação obtida é de que tem-se feito um grande esforço em ampliar os profissionais e as oportunidades a partir de um trabalho de parceria efetiva da PROREH e o HC” (SINTET- UFU, 28/06/2006).

Estatais

São exigidas contratualmente aos fornecedores garantias na esfera da Segurança, Meio Ambiente e Saúde (SMS). Desde dezembro de 2004, por decisão da Diretoria Executiva, as empresas contratadas devem oferecer a seus empregados a cobertura de plano de saúde, extensiva ao cônjuge ou companheiro(a) e aos filhos(as) até 21 anos de idade. A Petrobras estima que esta medida beneficiou cerca de 50 mil trabalhadores contratados, que não tinham plano de saúde. (Balanço Social Petrobrás 2005 p.48)

Mercadorização da Oferta e da Demanda

O SUS logrou reduzir as desigualdades geográfica e sociais na utilização de serviços de saúde existentes quando de sua criação?

Pesquisa de amostra por domicílio – PNAD Suplementos Saúde 1981 e 2003

1981

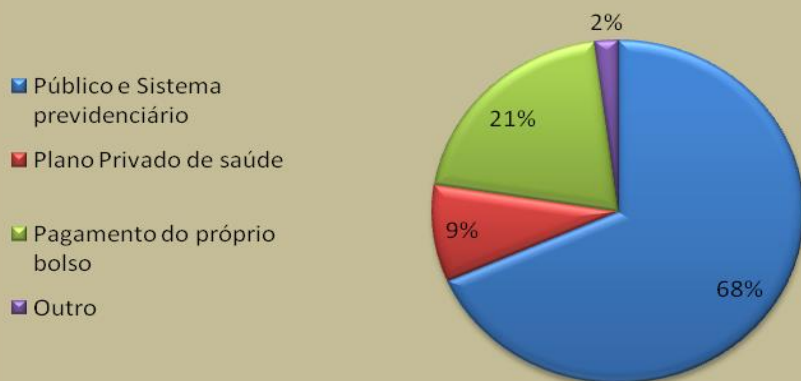
Proporção de pessoas atendidas dentre as que procuraram atendimento de saúde = 61,59%

2003

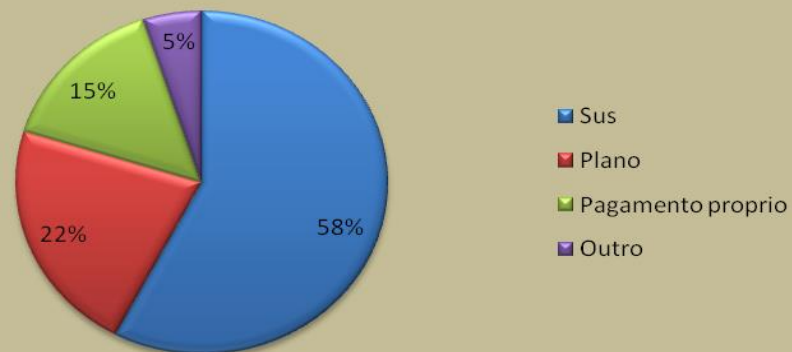
Proporção de pessoas atendidas dentre as que procuraram atendimento de saúde = 96,0%

Uso de Serviços de Saúde Fonte Pagadora

1981



2003



Mercadorização da Oferta e da Demanda

Cirurgia Cardíaca 2007					
Natureza do Prestador	Quantidade	%	Remuneração	%	
Público	65206	28,11	244.017.160,98	27,49	
Privado-Público	166768	71,89	643.604.442,29	72,51	
Filantrópico	132648	57,18	528.457.337,28	59,54	
Contratado	34120	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	

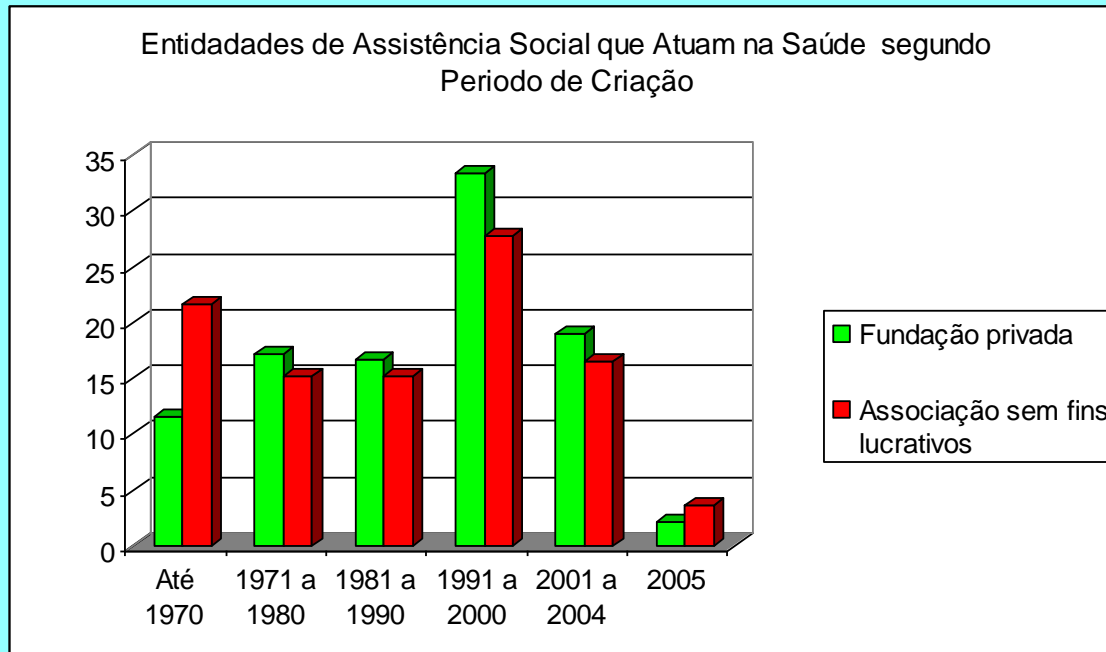
Mercadorização da Oferta e da Demanda

Estimativa da variação, preços unitários de internações, segundo tipo de prestador
brasil 1997 e 2007 (valores corrigidos pelo ipca)

tipo de estabelecimento hospitalar	1997 Valor Médio Nominal	1997 Valor Ajustado	2007 Valor Nominal Médio	Variação Percentual 1997-2007 (preço de 1997 ajustado)
Próprio	220,73	434,52	537,5	19,16
Contratado	240,17	454,27	585,04	22,35
Contratado optante 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 tributos e contr. sociais	237,14	448,54	781,96	42,64
Filantrópico isento IR e contr. s/lucro líquido	188,07	355,73	959,78	62,93
Sindicato	149,35	282,49	346,96	18,58

ANAPH 2006 6995 Leitos/ 5 bilhões de faturamento (despesas assistenciais de todas as empresas assistência suplementar 31 bilhões R\$ 9,570,00 Valor Médio por Internação CO R\$4.300,00; Sudeste 11.000,00

Mercadorização da Oferta e da Demanda



Mercadorização da Oferta e da Demanda

CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação - Brasil

Qtd existente por Tipo de Prestador (Setembro de 2008)

Tipo de Prestador	Qtd_existente
Público	174.409
Filantrópico	152.061
Privado	180.762
Sindicato	161
Total	507.393

180 milhões

47 milhões

4 milhões

MS/Secretarias

EPS

EPS

421,05

959,78

1.700,00

9.570,00

585,048

1.700,00

“A Lei é boa, mas não é cumprida”.

“A Lei é burguesa”

O artigo 199 da Constituição de 1998 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e dedica seus parágrafos à regulação das relações entre o público e o privado no sistema de saúde.

§1º modula a participação das instituições privadas no SUS.

§2º e o §3º **vedam a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos** e participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde.

§4º proíbe a comercialização de órgãos, sangue e seus derivados.

A inclusão desses preceitos no texto constitucional expressa uma tentativa, ainda que precária, de conciliação dos embates sobre caráter público-privado dos estabelecimentos de saúde.

1988 – alteração nos limites de dedução no IR de despesas com saúde (Lei 7.713)

Legislação Selecionada* Relacionada com o Apoio à Oferta e Demanda de Serviços e Planos e Seguros Privados de Saúde no Período Pós-Constituição de 1988

Governo	Incentivos à Oferta	Incentivos à Demanda
Sarney		Decreto Lei 7.713 de 1988 (amplia os limites do abatimento do Imposto de Renda com despesas com saúde)
Collor /Itamar	Lei n.8620 de 5 de Janeiro de 1993 (desconto e parcelamento de débitos de hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional INAMPS)	
FHC	<p>-Decretos n. 3.504 de 2000, n. 4.499 de 2002, n. 4.327 de 2002 e 4.588 de 2002 (alteração da Lei 8.212 de 1991, flexibilização dos parâmetros para a concessão do certificado de filantropia; introduz alternativas: ou 60% das internações para o SUS, ou aplicação de parte da receita bruta em gratuidade ou classificação do hospital como estratégico para o SUS).</p> <p>-Decreto n. 4.481 de 2002 (redução da prestação de serviços dos sistemas de alta complexidade das entidades filantrópicas destinados ao atendimento universal para 20%)</p> <p>- Medida Provisória 2.158-35 de 2001 (deduções da base de cálculo das despesas operacionais e reservas técnicas das contribuições sociais para empresas de planos de saúde)</p>	<p>Lei 9.527 de 1997 (altera o artigo 230 da Lei 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de a assistência à saúde do servidor ser realizada mediante contrato)</p> <p>Decreto 3.000 de 1999 (atualiza os artigos 17 e 18 da Lei 4506 de 1964 que tratam da isenção do cálculo do rendimento bruto os serviços médicos, pagos, ressarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados)</p> <p>Lei 9.250 de 2005 (as despesas com saúde passam a ser objeto de dedução integral do Imposto de Renda)</p>
Lula	<p>-Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n.480 de 2004 (promulga a separação das contas dos serviços de terceiros – entre os quais os médicos e autoriza a dedução de impostos e contribuições sociais para profissionais de cooperativas e associações médicas)</p> <p>-Decreto n. 5.895 de 2006 (introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia: oferta de serviços no percentual mínimo de 60% ou realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS nas seguintes áreas de atuação: 1) estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; 2) capacitação de recursos humanos; 3) pesquisas de interesse público em saúde; 4) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde)</p> <p>-Lei n. 11.345 de 2006 e Decreto n. 6.187 de 2007 (criação de fonte de recursos – Timemania - parte da arrecadação é enviada para o Fundo Nacional de Saúde e destinada a Santas Casas, entidades hospitalares sem fins econômicos e entidades de reabilitação de portadores de deficiência e parcelamento de débitos tributários)</p> <p>-Lei 10.833 de 2004 (preservação do regime de redução da alíquota da Contribuição de para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) de 7,6% para 3% para estabelecimentos privados de saúde)</p>	Lei 11.302 de 2006 (altera o artigo 230 da Lei 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de assistência ao servidor mediante a forma de auxílio – ressarcimento do valor parcial dos gastos com planos ou seguros privados de assistência à saúde)

Fontes: SICON (Sistema de Informações do Congresso Nacional) e SIJUT (Sistema de Informações Jurídico-Tributárias)

Trocas Desiguais: As Bases Políticas da Reestratificação

Distribuição de Clientes e Preços Brutos Mensalidades por Tipo de Plano			
Brasil, 2007			
Tipo de Plano	%	Preço em R\$	Vezes Maior do o Básico
Executivo	3%	261,93	3,1
Superior	35%	159,98	1,9
Intermediário	15%	115,91	1,4
Básico	47%	85,23	1,0

Fonte: Towers Perrin, 2008 - Planos de Benefício Social 2007, 26ª Edição

Usuários do sistema de saúde que possuem plano privado

15% dos moradores de São Paulo que usam sistema de saúde público possuem plano de saúde.

Considerando toda a RM este percentual é de 16%.

	TOTAL SP	ZONAS						
		CENTRO	NORTE	LESTE 1	LESTE 2	SUL 1	SUL 2	OESTE
Base	3157	96	557	548	592	371	711	282
Usa serviço e possui plano privado	15	23	15	16	13	18	15	16

	TOTAL SP	CLASSE SOCIAL		
		A/B	C	D/E
Base	3157	979	1783	395
Usa serviço e possui plano privado	15	34	15	7

Região
Metropolitana
de São Paulo

12/2007 a
02/2008

Pesquisa de Opinião Pública: Uso de Serviços de Saúde

A Judicialização

Processos sobre Saúde no Supremo Tribunal de Justiça (agosto e setembro de 2007) Segundo Sub-Temas	
Sub-Temas	Características dos Envolvidos
Fornecimento de Medicamentos	Entre os quais estão discriminados pacientes com hepatite C, paciente com HIV/AIDS; Aquisição de Insulina Lantus/ Aquisição de Teriparatida –Forteo; tratamento de Glaucoma +1
Correção de Preços da Tabela SUS (Conversão da URV para o Real)	Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino ao Rio Grande/ Laboratório de Análises Clínicas Dr José Anacleto Ferreira LTDA e outros/ Policlínica de Pato Branco e outros/ /Nefrusa (Serviços Nefrológicos Fiuza Chaves LTDA)/ 1 Não Identificado
Redução da Alíquota do Imposto de Renda (Reconhecimento da Natureza Hospitalar do Estabelecimento para Fins da Redução do Imposto Devido)	Happy Birthday Clinica Obstétrica e Ginecológica de Ultrassografia LTDA/ Clínica Cordoni LTDA/ Ultramater S/C/ Serviços Radiológicos/ SANDI/ Laboratório Falch Pesquisas e Análises Clínicas LTDA/ Destra Center Centro Médico Empresarial LTDA
Ressarcimento ao SUS (TUNEP)	Master Saúde Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto Comunidade Evangélica Luterana de SP Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba HB Saúde (inscrição no Cadim)
Cobertura SUS	Tratamento Psicológico Internação em UTI Cirurgia de Obesidade Mórbida Fornecimento de Leite Especial
Cobertura de Plano de Saúde	Golden Cross (limitação do tempo de internação) Unimed Porto Alegre (exame de ressonância nuclear magnética) Golden Cross (cirurgia) Brasdesco (internação durante o período de carência)
Fonte: Supremo Tribunal de Justiça, 2007	

A Judicialização

Processos sobre Saúde no Supremo Tribunal de Justiça (agosto e setembro de 2007) Segundo Sub-Temas	
Habeas Corpus	Estado de Saúde do Preso/ Paciente
Cobrança da Taxa de Saúde Suplementar	Unimed de Alfenas/ Unimed Formiga
Autorização para Funcionamento	VMI Indústria e Comércio (fornecimento de equipamentos de RX sem licença da ANVISA)/ Drogeria com responsável técnico registrado no CRF
Dano ao Meio Ambiente	Poluição Bacia Hidrográfica/ Ministério Público do Paraná Captação e Distribuição de Água por Autarquia
Recomposição 15% Tabela SUS (Resolução CNS 175/95)	Hospital São Lucas de Pato Branco LTDA e outros
Cobrança de Mensalidade de Plano de Saúde	Lorenzetti e Unimed de Curitiba
Certificado de Filantropia	Real Hospital de Beneficência de Pernambuco
Pgto de Contribuição de Assistência à Saúde	Instituto de Previdência e Saúde do Estado de Minas Gerais
Falta de Estrutura e Condições de Trabalho de Serviços Públicos	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
Despesas com Deslocamento	Despesas de alimentação de menor e seu acompanhante na vigência de tratamento médico (transplante de medula)
Levantamento do FGTS e PIS	Para Custear Tratamento de Saúde
Outros	Pendências Trabalhistas, Problemas de Segurança
Fonte: Supremo Tribunal de Justiça, 2007	

MEDICINA 
CONSELHO FEDERAL

**CBHPM
no SUS**

**PCCS e carreira
de Estado**

**Salário mínimo
profissional**

O desafio da implantação da CBHPM NO SUS
MOVIMENTO MÉDICO A implementação da CBHPM no SUS é um desafio importante para o movimento médico. Após a etapa de compatibilização da codificação, é necessário que ocorra a implementação de valores. **“Certamente não serão os mesmos que a CBHPM estabelece para o sistema suplementar, mas os valores do SUS poderão ser negociados em patamares bem superiores ao que se tem hoje”**, diz Geraldo Guedes, explicando que, além da luta nacional pelo aumento dos valores, a importância de implementar a classificação também ocorre porque existem muitos procedimentos que já estão previstos na CBHPM e não constam na tabela do SUS. Adotar a CBHPM significa, então, disponibilizar procedimentos médicos mais modernos para toda a população.

Nesse sentido, o presidente do Sindicato dos Médicos de Alagoas, Wellington Galvão, destacou, durante o II Fórum, a luta dos médicos alagoanos para aprovar a CBHPM no SUS. De acordo com Galvão, Alagoas fez um trabalho minucioso de **comparação da tabela atual do SUS com a tabela da CBHPM. Foram detectadas diferenças de 108% a 1.600% em valores de procedimentos cirúrgicos, a favor da CBHPM, existindo apenas seis procedimentos (três em cirurgias cardíacas e três em transplantes), entre os mais de 3.900, em que o SUS paga mais que a CBHPM.**

A conselheira federal Edilma de Albuquerque Lins Barbosa lembra que o procedimento que o médico realiza é o mesmo, independente da operadora, por isso não há lógica em haver discrepâncias de até 1.600% entre valores praticados no SUS e no setor privado. “Alagoas está realizando um movimento para que seja pago ao menos 50% do valor previsto na CBHPM. Mesmo sendo metade, já significa um avanço considerável. O governo tem acenado essa possibilidade”, explica.

O Nordeste deve, então, a exemplo de Alagoas, iniciar um movimento de pressão política para que o SUS, além de adotar a nomenclatura e hierarquização da CBHPM, adote os valores propostos.

Trocas Desiguais

Há indícios mais do que suficientes de que a marcha ascensional dos gastos privados com saúde no Brasil (em 1975 a proporção de gastos privados era 33% e 60% em 2005) não corresponde a aumentos ou reduções uniformes de coberturas, nem expressa a capacidade individual de pagamento da população (Fonte: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS; 2007)

Estamos diante de mudanças significativas nas bases materiais e políticas do sistema de saúde brasileiro. A conjugação da expansão e universalização da atenção básica de uma parcela reduzida de procedimentos de alto custo com o incremento da mercadorização da oferta de serviços privados não asfalta a estrada que leva a transformação do direito à saúde a direito de cidadania.

Trocas Desiguais

As empresas de planos e seguros privados de saúde ampliaram suas receitas entre 2005 e 2006 (reverteram a antes anunciada e temida espiral ascendente da “sinistralidade”).

Previsões, como por exemplo, a disposição do governo federal de aumentar a base de cobertura e o valor de sua contrapartida para os planos privados de saúde de seus servidores, acima da inflação (R\$ 42,00 até 2006, R\$53,00 até agora e R\$ 72,00 em 2010) sugerem o acentuamento da tendência de aumento das taxas de retorno da atividade. [.

Trocas Desiguais

Os dois principais vetores de apoio a reestratificação do acesso e utilização de serviços de saúde são: 1) a destinação exclusiva de parte dos estabelecimentos filantrópicos (os categorizados como de primeiro nível) para determinado perfil de clientela, ou seja, a privatização do filantrópico de alto custo e complexidade e 2) a expansão das coberturas de planos de saúde com um cardápio restrito de serviços (via seleção de prestadores de pequeno porte, verticalização das atividades das empresas de planos de saúde e adoção de co-pagamento) para funcionários públicos e segmentos que ocupam postos de trabalho menos especializados. **Essa fragmentação regulada e subsidiada pelo Estado potencializa e retroalimenta a precarização do trabalho nos serviços de saúde.**

O Debate Democrático: A Dualidade ou Imbricamento do Público e do Privado no Sistema de Saúde Brasileiro

Pela Esquerda

Reforço a Atenção Básica

Pela Direita

O Brasil é um país desigual

Somos “hierárquicos”

Agenda de Enfrentamento dos Conflitos:

Subsídios;

Financiamento de Planos Para Servidores Públicos

Ressarcimento