Carolina Lopes Zanatta

Dupla porta na saúde: o atendimento a planos de saúde privados em hospitais de ensino públicos e filantrópicos do estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Programa de Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Mário César Scheffer

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/2011, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

SÃO PAULO

2019

Carolina Lopes Zanatta

**Dupla porta na saúde: o atendimento a planos de saúde
privados em hospitais de ensino públicos e filantrópicos do
estado de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutora em Ciências

Programa de Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Mário César Scheffer

SÃO PAULO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Zanatta, Carolina Lopes

Dupla porta na saúde : o atendimento a planos de
saúde privados em hospitais de ensino públicos e
filantrópicos do estado de São Paulo / Carolina
Lopes Zanatta. -- São Paulo, 2019.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientador: Mário César Scheffer.

Descritores: 1.Sistema único de saúde 2.Planos
de pré-pagamento em saúde 3.Saúde suplementar
4.Hospitais de ensino 5.Hospitais filantrópicos
6.Hospitais públicos 7.Dupla porta

USP/FM/DBD-484/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedico este trabalho

Em memória de meu pai Osmir e de meus avós, Elza e Emílio, por continuarem vivos dentro de mim.

Agradecimentos

A Deus por me conceder vida, capacidade e oportunidade.

À minha companheira de vida e jornada, Aline, por estar sempre ao meu lado, me apoiando e me incentivando. Com você ao meu lado tudo se tornou mais leve e possível.

À minha Mãe Rose e as minhas irmãs Carla e Mariana, pela constante união e pelo amor demonstrado em todas as circunstâncias vividas.

À minha nova família, Cida e Lia, por sempre me acolherem com muito amor e carinho.

À Clara e o Bento, companheiros infalíveis, por trazerem diariamente alegria em minha vida. A Isadora e a Luna, mesmo distantes, presentes em meu coração.

Ao amigo Marcelo, por estar sempre comigo, por me aconselhar e apoiar em todos os momentos. E ao Yuri, pela companhia sempre agradável.

Ao professor Mário Scheffer, pela oportunidade de ter desenvolvido esta tese, por ter acreditado em mim e pelas orientações recebidas ao longo do doutorado.

Aos membros da banca de qualificação, Ligia Bahia, Álvaro Escrivão e Fernando Aith pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Ao Olímpio Bittar por todo o seu apoio e pelas trocas de ideias constantes que sempre me auxiliam no desenvolvimento desta tese.

À Telma, pela boa e divertida convivência, pela paciência constante e pelo auxílio inestimável na fase final deste trabalho.

Normalização Adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Sumário

Lista de Abreviaturas
Lista de Tabelas
Lista de Figuras
Lista de Quadros
Lista de Gráficos
Resumo
Abstract

1	INTRODUÇÃO	19
2	SOBRE A PESQUISA	24
2.1	Problema, justificativa e hipótese de pesquisa	24
2.2	Objetivos	25
2.3	Metodologia	26
2.3.1	O campo da pesquisa e a coleta de dados	27
2.3.2	Análise estatística	31
2.3.3	Limitações do estudo	32
2.3.4	Ética em pesquisa	33
3	REFERENCIAIS DO ESTUDO	34
3.1	Relações entre o público e o privado no sistema de saúde no Brasil	34
3.1.1	O financiamento do sistema de saúde	34
3.1.2	O mercado de planos de saúde	39
3.1.3	A provisão e a prestação de serviços de saúde	47
3.2	O Fenômeno da Dupla Porta em Hospitais Públicos e Filantrópicos	76
3.2.1	Os movimentos do legislativo e do judiciário em relação à dupla porta	80
3.2.2	A abordagem da dupla porta em dois jornais impressos: uma leitura histórica	92
4	RESULTADOS	106
4.1	Características gerais dos hospitais de ensino estudados	106
4.2	Leitos destinados ao atendimento de planos de saúde	108
4.3	Internações públicas e privadas nos hospitais de ensino	119
4.4	Indicadores hospitalares para planos de saúde e SUS nos hospitais de ensino	130
4.5	Receitas dos hospitais de ensino oriundas do atendimento a planos de saúde	132
4.6	Valor médio de internação via SUS e via planos de saúde	136

4.7	Causas das internações de pacientes de planos de saúde internados em hospitais de ensino	139
5	DISCUSSÃO	147
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
7	REFERÊNCIAS	165

Lista de Abreviaturas

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGU – Advocacia Geral da União
ALESP - Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
AME – Ambulatório Médico de Especialidade
ANFIP - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC - Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade
APAE - Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
BNDS - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CADIN – Cadastro Informativo Estadual
CDC - Código de Defesa do Consumidor
CEBAS - Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIHA - Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial
CIR - Comissão Intergestores Regional
CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNAS - Conselho Nacional de Serviço Social
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFENEN - Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino
COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONCLA - Comissão Nacional de Classificação
COSEMS/SP - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo
CPMF - Contribuição sobre Movimentação Financeira
CREMERS - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
CSLL - Contribuição incidente sobre o lucro líquido
CTN - Código Tributário Nacional
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRU - Desvinculação de Receitas da União
EC – Emenda Constitucional
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FNS - Fundo Nacional de Saúde
Fundação SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
HC-SP - Hospital das Clínicas de São Paulo
HE – Hospitais de Ensino
HEF – Hospitais de Ensino Filantrópicos
HEFE- Hospitais de Ensino Filantrópico e Especializado
HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico e Geral
HEP – Hospitais de Ensino Público

HEPE – Hospital de Ensino Público e Especializado
HEPG- Hospital de Ensino Público e Geral
IAC - incentivo de adesão à contratualização
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGH - Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar
INAMSP - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Nacional
IPCA - Índice de Preço ao Consumidor
IRPF - Imposto de Renda de Pessoa Física
IRPJ - Imposto de Renda de Pessoa Jurídica
IVC - Instituto de Verificador de Comunicação
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAC - Média e Alta complexidade
MEC - Ministério da Educação
MP – Medida Provisória
MP – Ministério Público
MPF – Ministério Público Federal
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OSS – organização Social de Saúde
PGE - Procuradoria Geral do Estado
PIB - Produto Interno Bruto
PIS/PASEP - Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PL – Projeto de Lei
PROADI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROSUS - Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada
RE – Recurso Extraordinário
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAHE - Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo
SES/SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
TJ/SP – Tribunal de Justiça de São Paulo
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Tabelas

- TABELA 1** - NÚMERO DE LEITOS OPERACIONAIS TOTAIS, MÉDIA (μ), DESVIO PADRÃO (DP), MEDIANA, MÁXIMO, MÍNIMO E PERCENTUAL, SUS E PRIVADO (PLANOS), NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____ 112
- TABELA 2** - NÚMERO DE LEITOS OPERACIONAIS TOTAIS, MÉDIA (μ), DESVIO PADRÃO (DP), MEDIANA, MÁXIMO, MÍNIMO E PERCENTUAL, SUS E PRIVADO (PLANOS DE SAÚDE), NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, DE ACORDO COM A SUA NATUREZA JURÍDICA, FILANTRÓPICA E PÚBLICA. SÃO PAULO – 2011 A 2018 _ 117
- TABELA 3** - NÚMERO DE INTERNAÇÕES TOTAIS, MÉDIA (μ), DESVIO PADRÃO (DP), MEDIANA, MÁXIMO, MÍNIMO E PERCENTUAL, SUS E PRIVADO (PLANOS), NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____ 125
- TABELA 4** - NÚMERO DE INTERNAÇÕES TOTAIS, MÉDIA (μ), DESVIO PADRÃO (DP), MEDIANA, MÁXIMO, MÍNIMO E PERCENTUAL, SUS E PRIVADO (PLANOS), NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, SEGUNDO NATUREZA JURÍDICA, FILANTRÓPICO E PÚBLICO. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____ 128
- TABELA 5** - RELAÇÃO DE INTERNAÇÕES REALIZADAS A BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS POR LEITO PRIVADO DISPONÍVEL (ÍNDICE DE ROTATIVIDADE) NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, FILANTRÓPICOS E PÚBLICOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____ 130
- TABELA 6** - TAXA DE OCUPAÇÃO ANUAL MÉDIA DOS LEITOS DESTINADOS A PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, POR NATUREZA JURÍDICA, FILANTRÓPICO E PÚBLICO. SÃO PAULO – 2011 A 2018 _____ 130
- TABELA 7** - RELAÇÃO DE INTERNAÇÕES SUS POR LEITO DISPONÍVEL (ÍNDICE DE ROTATIVIDADE) NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, FILANTRÓPICOS E PÚBLICOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____ 131
- TABELA 8** - TAXA DE OCUPAÇÃO ANUAL MÉDIA DOS LEITOS DESTINADOS AO SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, POR NATUREZA JURÍDICA, SÃO PAULO – 2011 A 2018 _____ 131
- TABELA 9** - MÉDIA DE PERMANÊNCIA, DESVIO PADRÃO, MEDIANA, MÍNIMO E MÁXIMO DAS INTERNAÇÕES DE USUÁRIOS SUS E DE PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____ 132
- TABELA 10** - VALOR MÉDIO DA RECEITA (R\$) POR INTERNAÇÕES VIA PLANOS DE SAÚDE E VIA SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO – 2018 _____ 137
- TABELA 11** - RAZÃO DA RECEITA MÉDIA DE INTENÇÕES DO SUS PELOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS, NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, POR NATUREZA JURÍDICA E TIPO DE ATENDIMENTO. SÃO PAULO - 2018 _____ 138
- TABELA 12** - VALOR MÉDIO (R\$) DA INTERNAÇÃO VIA SUS E VIA PLANOS DE SAÚDE, RAZÃO ENTRE A MÉDIA DE INTERNAÇÃO SUS E PLANOS, NOS HOSPITAIS DE ENSINO,

PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS, GERAIS E ESPECIALIZADOS, ANALISADOS. SÃO PAULO – 2018 _____ 138

TABELA 13 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO CID-10 VIA SUS E VIA PLANOS DE SAÚDE, NOS HOSPITAIS DE ENSINO ESTUADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 ____ 140

TABELA 14 - RISCO RELATIVO, INTERVALO DE CONFIANÇA E HETEROGENEIDADE DAS VARIÁVEIS DO CAPÍTULO CID-10 NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____ 141

TABELA 15 - NÚMEROS DE INTERNAÇÕES VIA PLANOS DE SAÚDE E VIA SUS, DISTRIBUÍDAS POR FAIXA ETÁRIA, NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO – 2011 A 2018 _____ 142

TABELA 16 - NÚMERO E PERCENTUAL DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS INTERNAÇÕES SUS E DE PLANOS DE SAÚDE, E O RISCO RELATIVO (SUS/PLANOS), NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO – 2011 A 2018 _____ 145

Lista de Figuras

- FIGURA 1** - CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL UTILIZADAS PARA COMPREENDER O CONCEITO DE ENTIDADE BENEFICENTE, DE ACORDO COM A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 _____ 60
- FIGURA 2** - POSSIBILIDADES PARA AQUISIÇÃO DO CEBAS ATÉ NOVEMBRO DE 2019 _____ 63
- FIGURA 3** - FLUXOGRAMA DOS HOSPITAIS DE ENSINO INTEGRANTES DO ESTUDO _____ 106
- FIGURA 4** - RISCO RELATIVO DO CID IX – DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO DOS ATENDIMENTOS SUS COMPARADO COM PLANOS DE SAÚDE, NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS _____ 143
- FIGURA 5** - RISCO RELATIVO DO CID II – NEOPLASIAS DOS ATENDIMENTOS SUS COMPARADO COM PLANOS DE SAÚDE, NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS _____ 144
- FIGURA 6** - RISCO RELATIVO DO CID XIV – DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO DOS ATENDIMENTOS SUS COMPARADO COM PLANOS DE SAÚDE, NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS _____ 144

Lista de Quadros

- QUADRO 1** - DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO, POR CATEGORIA, DESCRIÇÃO E FONTE DA INFORMAÇÃO _____ 29
- QUADRO 2** - NÚMERO DE HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO NATUREZA JURÍDICA. SÃO PAULO – 2019 _____ 75
- QUADRO 3** - SÍNTESE DO POSICIONAMENTO DOS DEBATEDORES SOBRE O TEMA DA DUPLA PORTA, BEM COMO POSSÍVEIS ALTERNATIVAS, JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. SÃO PAULO – 1999 _____ 94
- QUADRO 4** - HOSPITAIS DE ENSINO QUE ATENDEM PLANOS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO NATUREZA, GESTÃO, PORTE, TIPO DE ATENDIMENTO E LOCALIZAÇÃO. SÃO PAULO, 2019 _____ 107

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1 - VALORES (R\$) DE EMPRÉSTIMOS REALIZADOS PELO BNDES A HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA BNDES SAÚDE. BRASIL – 2008 A 2017 _____	53
GRÁFICO 2 - PROPORÇÃO DE LEITOS PRIVADOS SOBRE O TOTAL DE LEITOS OPERACIONAIS DOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	108
GRÁFICO 3 - BOX PLOT DA PROPORÇÃO DE LEITOS DESTINADOS A PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	109
GRÁFICO 4 - NÚMERO TOTAL DE LEITOS DESTINADOS A PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	110
GRÁFICO 5 - VARIAÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE LEITOS DESTINADOS A PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, COM DESTAQUE PARA A MÉDIA E A MEDIANA DO GRUPO DOS HOSPITAIS. SÃO PAULO - 2011 A 2018__	111
GRÁFICO 6 - NÚMERO TOTAL DE LEITOS SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	112
GRÁFICO 7 - VARIAÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE LEITOS DESTINADOS AO SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, COM DESTAQUE PARA A MÉDIA E MEDIANA DO GRUPO. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	113
GRÁFICO 8 - PERCENTUAL DE LEITOS DESTINADOS A BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE SOBRE O TOTAL DE LEITOS OPERACIONAIS DOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2018 _____	114
GRÁFICO 9 - PROPORÇÃO DE LEITOS DESTINADOS A PLANOS DE SAÚDE SOBRE O NÚMERO TOTAL DE LEITOS OPERACIONAIS DOS HOSPITAIS DE ENSINO, POR NATUREZA JURÍDICA, FILANTRÓPICA E PÚBLICA. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	115
GRÁFICO 10 - NÚMERO DE LEITOS DESTINADOS A PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO, POR NATUREZA JURÍDICA (FILANTRÓPICA E PÚBLICA). SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	116
GRÁFICO 11 - NÚMERO DE LEITOS DESTINADOS A USUÁRIOS DO SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO, POR NATUREZA JURÍDICA (FILANTRÓPICA E PÚBLICA). SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	117
GRÁFICO 12 - PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES DE PLANO DE SAÚDE SOBRE O TOTAL DE INTERNAÇÃO NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	119
GRÁFICO 13 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES VIA PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	120
GRÁFICO 14 - VARIAÇÃO PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES DE PLANOS DE SAÚDE EM HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, COM DESTAQUE PARA A MÉDIA E MEDIANA DO GRUPO. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	121

GRÁFICO 15 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES A USUÁRIOS DO SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	122
GRÁFICO 16 - VARIAÇÃO PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, COM DESTAQUE PARA A MÉDIA E MEDIANA DO GRUPO DE HOSPITAIS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	123
GRÁFICO 17 - PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE SOBRE O TOTAL DE INTERNAÇÕES NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2018 _____	124
GRÁFICO 18 - NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS A USUÁRIOS DO SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	125
GRÁFICO 19 - PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES DESTINADAS A PLANOS DE SAÚDE SOBRE O NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, FILANTRÓPICOS E PÚBLICOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	126
GRÁFICO 20 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, POR NATUREZA JURÍDICA (FILANTRÓPICA E PÚBLICA). SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	127
GRÁFICO 21 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES A USUÁRIOS DO SUS NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, POR NATUREZA JURÍDICA (FILANTRÓPICA E PÚBLICA). SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	128
GRÁFICO 22 - VALOR DA RECEITA MÉDIA ANUAL (R\$) DO SUS E DE PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	133
GRÁFICO 23 - PROPORÇÃO DE RECEITA DOS ATENDIMENTOS DE PLANOS DE SAÚDE SOBRE O TOTAL DE RECEITAS OPERACIONAIS DOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS, COM DESTAQUE ÀS MÉDIAS NOS HE, E NOS FILANTRÓPICOS (HEF) E PÚBLICOS (HEP). SÃO PAULO - 2018 _____	134
GRÁFICO 24 - EVOLUÇÃO DE PROPORÇÃO DA RECEITA DOS ATENDIMENTOS DE PLANOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RECEITAS OPERACIONAIS DOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	135
GRÁFICO 25 - PROPORÇÃO DA RECEITA DOS ATENDIMENTOS DE PLANOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RECEITAS OPERACIONAIS DOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 E 2018 _____	135
GRÁFICO 26 - VALOR MÉDIO (R\$) DAS INTERNAÇÕES SUS E DE PLANOS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DE ENSINO ANALISADOS. SÃO PAULO - 2011 A 2018 _____	137

Resumo

Zanatta CL. *Dupla porta na saúde: o atendimento a planos de saúde privados em hospitais de ensino públicos e filantrópicos do estado de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Introdução: As relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro são múltiplas e dinâmicas, condicionadas por processos históricos, arranjos institucionais, legislações específicas e decisões políticas. Há uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, o que inclui hospitais que, além de atenderem usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), também reservam parte de sua capacidade para o atendimento a planos e seguros de saúde privados, prática denominada de “dupla porta”. **Objetivos:** O objetivo principal do estudo foi descrever o atendimento a clientes de planos de saúde em hospitais de ensino públicos e filantrópicos do Estado de São Paulo, no período de 2011 a 2018, considerando a natureza dos hospitais e variáveis selecionadas. **Métodos:** Além de revisão bibliográfica e de legislação, foram processados e cruzados dados de uma base principal, o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo (SAHE), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; e de bases complementares, incluindo o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), que integram o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram realizadas análises descritiva e estatística dos dados a partir de variáveis selecionadas, entre elas natureza do hospital (público ou filantrópico), tipo de estabelecimento (geral ou especializado), porte, produção hospitalar e fonte pagadora. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 24 hospitais de ensino públicos e filantrópicos que reservaram, em média, de 2011 a 2018, 17% dos leitos para atendimentos a planos de saúde. No período houve crescimento de 21% da destinação de leitos aos planos privados e redução de 7% de leitos destinados ao SUS. Do total de internações, 80% foram públicas e 20% privadas. A média de permanência nas internações de usuários SUS (6,1 dias) foi 45% superior às internações via planos e saúde (4,1 dias). Foi registrado o faturamento de R\$ 8,7 bilhões com atendimento a planos de saúde em sete anos, o que correspondeu a 18% do total da receita dos 24 hospitais estudados. O valor

médio das internações via planos de saúde foi significativamente maior que o valor médio da internação via SUS. Também foram verificadas diferenças nas causas das internações de pacientes de planos de saúde e do SUS internados em hospitais de ensino. As variáveis estudadas tiveram comportamento heterogêneo ao longo dos anos e variaram conforme a natureza do hospital, público ou filantrópico, e conforme o tipo do estabelecimento, geral ou especializado. **Conclusões:** A destinação de aproximadamente um quinto dos recursos hospitalares do SUS ao atendimento de clientes planos de saúde, em que pese a diversidade da expressão da “dupla porta” entre os hospitais estudados, é um fator gerador de potenciais desigualdades entre público e privado na distribuição de recursos, no acesso e na utilização de serviços, constituindo um obstáculo à universalidade do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Sistema único de saúde; Planos de pré-pagamento em saúde; Saúde suplementar; Hospitais de ensino, Hospitais filantrópicos; Hospitais públicos; Dupla porta.

Abstract

Zanatta CL. *Double entry door in Health: attending private health plans in public and philanthropic Teaching Hospitals in the state of São Paulo* [Thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

Introduction: Relations between public and private in the Brazilian health system are multiple and dynamic, conditioned by historical processes, institutional arrangements, specific legislations and political decisions. There is a complex network of service providers and buyers, which includes hospitals that, in addition to serving users of the Unified Health System (SUS), also reserve part of their capacity to attend private health plans and insurance, a practice called “double entry door”. **Objectives:** The main objective of this study was to describe the care provided to health plan clients in public and nonprofit philanthropic Teaching Hospitals in the State of São Paulo, from 2011 to 2018, considering the nature of the hospitals and selected variables. **Methods:** In addition to a literature review and legislation, some data from a main base was processed and cross-referenced, the São Paulo State Hospitals Teaching System Evaluation System (SAHE), of the São Paulo State Department of Health; and complementary bases, including the Hospital Information System (SIH), the Outpatient Information System (SIA) and the Hospital and Ambulatory Information Communication System (CIHA), which are part of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). Descriptive and statistical analyzes of the data were performed based on selected variables, such as the nature of the hospital (public or philanthropic), the type of establishment (general or specialized), the hospital size, the hospital production and the paying source. **Results:** The study included 24 public and philanthropic Teaching Hospitals that reserved an average of, 17% of the beds for health plans, from 2011 to 2018. In this period, there was a 21% growth of the allocation of beds to private plans and a 7% reduction in beds intended for SUS. Of the total hospitalizations, 80% were public and 20% private. The average stay in hospitalizations of SUS users (6.1 days) was 45% higher than hospitalizations through health plans (4.1 days). A revenue of R\$8.7 billion was recorded in health plans in seven years, which corresponded to 18% of the total revenue of the 24 hospitals studied. The average value of hospitalizations via health plans was significantly higher than the average value of hospitalization through SUS.

Differences were also found in the causes of hospitalizations of health plans and SUS patients in Teaching Hospitals. The variables studied had heterogeneous behavior over the years and also varied according to the nature of the hospital, public or philanthropic, and according to the type of establishment, general or specialized.

Conclusions: The allocation of approximately 20% of SUS hospital resources to the attendance to health plans clients, despite the diversity of the expression of the "double entry door" between the Studied Hospitals, is a generating factor of potential inequalities between public and private in the distribution of resources, access and use of services, constituting an obstacle to the universality of the Unified Health System.

Descriptors: Unified health system; Prepaid health plans; Supplemental health; Hospitals, teaching; Hospitals, voluntary; Hospitals, public; Double entry door.

1 Introdução

A Constituição Federal de 1998 (CF/88) instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu a saúde como um direito de todos (universal) e um dever do Estado, permitindo a iniciativa privada participar de forma complementar ao sistema de saúde (Brasil. Constituição, 1988).

A complementariedade inserida no texto Constitucional, conforme defesa de grupos empresariais durante o processo constituinte, também foi justificada, em parte, pelo fato dos serviços públicos estatais próprios serem insuficientes para a garantia da assistência à saúde a toda população.

Antes mesmo da Constituição, já existia uma expressiva oferta de serviços de saúde pelo setor privado, dado que 70% dos serviços credenciados junto ao então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) eram privados, sobretudo de natureza jurídica sem fins lucrativos.

Enquanto a atuação prevista do setor privado na saúde tinha como fundamento uma realidade fática (Santos, 2015), que era a insuficiência da capacidade assistencial pública e a pressão e lobby de segmentos privados, parte do movimento da reforma sanitária tendia a minimizar a participação da iniciativa privada no sistema de saúde, considerando-a residual e regulada. A iniciativa privada estaria, em tese, subordinada ao SUS, o qual seria responsável por disciplinar a existência, o tamanho e os modos de funcionamento do mercado da saúde (Celuppi et al., 2019).

Apesar de o desenho Constitucional ter permitido há mais de 30 anos a coexistência dos subsistemas público e privado na saúde, até o presente momento ainda há pouca clareza sobre as relações e o forte imbricamento entre o público e o privado no sistema de saúde (Cohn, 2011; Sestelo et al., 2013). Nesse sentido, a compreensão das dinâmicas e ocultas relações entre agentes públicos e privados é estratégica para estabelecer adequadamente os reais impasses do sistema de saúde brasileiro.

Apesar de a Constituição introduzir a ideia de sistema de saúde, ou seja, de uma estrutura composta por elementos interdependentes que formam um todo organizado, e a ideia de universalidade, observou-se na prática a construção de um conceito polissêmico para o SUS. Este conceito passou a resumir a ideia de sistema

a uma mera rede pública de serviços de saúde, e a reduzir a concepção de universalidade a uma assistência voltada para a população mais pobre. Essa redução da abrangência do conceito de Sistema Único de Saúde tem se tornado cada vez mais hegemônica para políticos, gestores públicos, empresários e para parcela da população. Esta tal situação provoca um distanciamento do conceito original do SUS previsto pelos Constituintes em 1988 (Bahia; Scheffer, 2018).

Além de esclarecer sobre qual concepção de sistema de saúde está sendo tratada, é necessário destacar as dificuldades de operacionalização do SUS desde a sua origem. Inicialmente, a viabilização do SUS passou por dificuldades de garantia de recursos financeiros para a construção da seguridade social, que se estende cronicamente até a atualidade. Além disso, há incentivos estratégicos históricos de governos com o objetivo de estimular a oferta e a demanda do subsistema privado, situação que aprofundou a fragmentação e a segmentação do sistema de saúde, aumentando a desigualdade da oferta e do acesso, com distribuição dispare de recursos físicos para as populações assistidas pelos subsistemas público e o privado. Por fim, há também crescimento e diversificações na atuação do setor privado, por exemplo, com a formação de grupos econômicos na saúde, o que tem conduzido a novos formatos e contextos de privatização (Bahia; Scheffer, 2018).

Em revisão de literatura sobre o mapeamento da discussão em torno da relação entre o público e o privado na assistência à saúde no Brasil, observa-se duas linhas de discussão: uma de caráter mais crítico e outra de caráter mais naturalizador quanto à existência de um mercado da saúde (Sestelo et al., 2013). A perspectiva mais naturalizadora concebe a “articulação” (o termo, em si guarda distância da perspectiva de “relação”) entre o público e o privado como algo regulável, que não necessita e nem deve ser modificado. Na visão mais crítica, público e privado na saúde mantém uma relação nebulosa e complexa, principalmente devido à quantidade de atores e a multiplicidade de interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a saúde: empresas prestadoras, planos de saúde, complexo econômico indústria da saúde, instituições financeiras, Estado, entre outros.

Atualmente o sistema de saúde brasileiro é composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, situação que ocasiona uma combinação público privada que é financiada principalmente por recursos privados. Uma forma de tentar compreender o sistema de saúde é olhar

para a existência de três subsetores, com delimitações por vezes tênues entre eles. Primeiramente o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal. O segundo subsetor é o privado, com fins lucrativos e sem fins lucrativos, no qual os serviços são financiados com recursos públicos e/ou privados. Por fim, o terceiro subsetor que é o da saúde suplementar, que possui diferentes tipos de planos de saúde privados, financiados por indivíduos, famílias e empresas e beneficiado por subsídios fiscais (Paim et al., 2011).

Dentro desse contexto, embora os componentes público e privado do sistema sejam distintos, há uma forte interconexão entre eles, sendo que as pessoas podem optar por utilizar os serviços dos três subsetores, situação que irá depender de escolha, e da facilidade de acesso ou da capacidade de pagamento. Da mesma forma, profissionais de saúde, equipamentos e serviços transitam livremente entre estruturas públicas e privadas conforme oportunidades de remuneração e arranjos do momento. E, ainda, o complexo econômico industrial e as empresas da saúde estão conectadas simultaneamente ao público e ao privado.

No Brasil há uma tendência – ou predileção – de produção de estudos que utilizam métricas para mensurar o quantitativo de recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis nos subsetores público e privado. No entanto, também há a necessidade de considerar as práticas público-privadas arraigadas e sobrepostas, os interesses, as negociações e as decisões políticas dos agentes destes subsistemas que culminam por perpetuar as ambiguidades e estratificações do sistema de saúde brasileiro.

A pluralidade de organizações públicas e privadas e suas conexões, cabe ressaltar, foram estabelecidas em diferentes contextos históricos. Pode-se verificar origens da relação público-privada desde o sistema de assistência médica de previdência social, a qual possuía uma estrutura segmentada e privatista, focada em uma medicina para trabalhadores assalariados formais. O sistema de proteção social era fragmentado e desigual, com a existência de um Ministério da Saúde subfinanciado e voltado a atividades de vigilância e de prevenção à saúde (Paim, et al., 2011).

Já na década de 1960 o governo estimulava a expansão de segmentos privados da saúde, com a destinação de recursos públicos para a construção e reforma de hospitais privados. O Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS), órgão responsável pela assistência médica aos trabalhadores formais que contribuíam com a previdência, contratava para atendimento de seus beneficiários uma rede privada de serviços de saúde, que com apoio do governo, se expandiu. No início de 1970 foram criados mecanismos de deduções fiscais dos gastos privados com saúde, os quais passaram a ser descontados do imposto de renda. Esta medida impulsionou ainda mais a expansão do privado na saúde, principalmente do mercado de planos de saúde (Melo, 2017).

O SUS, criado em 1988, dentro de um contexto de redemocratização, na esteira de movimentos sociais ativos e bem organizados, trouxe a perspectiva de ruptura com o modelo até então vigente, em princípios como a universalização do acesso à saúde, a integralidade do cuidado e a unificação do sistema, transformando a saúde em um direito social. O lado mais privatista do sistema de saúde garantiu, mesmo no SUS recém-criado, a continuidade do modelo de compra de serviços privados de saúde, na mesma lógica da previdência social (Melo, 2017).

Portanto, não foi inteiramente implementada, desde a origem do SUS, a tese universalista, a qual adotava um conceito de saúde para além da assistência médica, com a ideia de criar serviços e ações de natureza pública, subordinando o subsetor privado às normas de um sistema único, e com a proibição da destinação de recursos públicos à iniciativa privada. Prevaleceu a possibilidade de os prestadores de saúde privados serem contratados pelo poder público, à medida que a rede pública fosse insuficiente em atender a demanda, situação na qual teriam preferências às entidades sem fins lucrativos, também conhecidas como filantrópicas (Gouveia, 2016). Além da participação complementar ao SUS, grande parte do mesmo setor privado sempre prestou serviços ao mercado de planos e seguros de saúde.

O SUS tornou-se um grande financiador da assistência à saúde, combinando prestação por meio de serviços públicos e privados sem fins lucrativos (Viacava et al., 2018). Mesmo assim, a maior parte dos gastos do sistema de saúde é privada, para atender a menor parte da população do país, com uma enorme desigualdade de acesso e utilização, seja entre os subsetores público e privado, seja entre as regiões do Brasil.

Desigualdade essa que é verificada na diferença de cobertura populacional por planos de saúde segundo níveis de renda, faixa etária, gênero e localização geográfica (Brasil, 2015b; Malta et al., 2017), e também pela distribuição de serviços

hospitais privados, com alta concentração na região sudeste do país, e menor concentração na região norte e nordeste (Federação Brasileira de Hospitais, 2019).

Cabe destacar que o mercado de planos de saúde privado apresentou um crescimento de 54% em número de beneficiários entre 2000 a 2019 (Brasil, 2019a). O crescimento do mercado de planos de saúde foi acompanhado de trajetória ascendente de subsídios e gastos tributários da União associados às deduções das despesas com saúde, no Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), que chegou a R\$ 15 bilhões em 2017 (Brasil, 2019k).

No extenso campo das relações público-privadas na saúde, especialmente das relações entre SUS e planos de saúde, há que se destacar os hospitais que, além de atenderem usuários do SUS, também reservam parte de sua capacidade para o atendimento a planos de saúde privados, prática denominada de “dupla porta”, objeto do presente estudo, situação que aprofunda a segmentação e a desigualdade já existente no sistema de saúde (Cohn et al., 2002; Bahia, 2011).

Hospitais públicos e hospitais privados sem fins lucrativos historicamente conveniados ao SUS se tornaram espaços de disputa pelos mesmos recursos entre os subsetores público e privado, tornando a fronteira entre o público e o privado na saúde nebulosa e com arranjos complexos.

O presente estudo se insere neste contexto de compreensão da dimensão do fenômeno da dupla porta em um conjunto de hospitais de ensino do Estado de São Paulo, grupo de hospitais que tem grande presença e importância para o SUS, sendo responsáveis por quase um terço das internações SUS realizadas anualmente no Estado, e por mais de 60% da produção de alta complexidade de todo o Estado de São Paulo (Bittar, 2019).

2 Sobre a pesquisa

2.1 Problema, justificativa e hipótese de pesquisa

Existem hospitais vinculados ao SUS, tanto de natureza jurídica pública quanto de natureza jurídica privada sem fins lucrativos, que atendem usuários do SUS e clientes de planos de saúde, situação que caracteriza o fenômeno denominado “dupla porta”. Este é um tema que historicamente tem chamado a atenção de pesquisadores (Cohn et al., 2002; Teixeira, 2011; Silva, Caxias, 2016), da opinião pública (Dupla, 1999; Bendinelli, 2011a; Collucci, 2011a; Basete, 2012a), do Poder Judiciário (São Paulo, 1999a,b, 2001, 2011b, 2012, 2014), do Legislativo (São Paulo, 2008, 2010, 2011), de órgãos de controle externo (Brasil, 2015a), bem como entidades da sociedade civil. Apesar da relevância e da repercussão do tema expresso em opiniões de diferentes atores da sociedade, o assunto foi pouco dimensionado e mensurado por pesquisas acadêmicas.

Desta forma, o presente estudo justifica-se em função da necessidade pouco explorada de compreensão das características que envolvem o atendimento da população em hospitais que possuem dupla porta. Não existe ainda uma base empírica comum para debate sobre o tema, pois há dificuldades na obtenção de dados necessários para estudar este fenômeno, sendo que parte das informações não estão disponíveis em bases de dados de domínio público.

A hipótese principal do estudo é que houve, ao longo do tempo, a expansão dos atendimentos destinados a beneficiários de planos de saúde privados em hospitais públicos e sem fins lucrativos, particularmente nos hospitais de ensino vinculados ao SUS no estado de São Paulo, objeto deste estudo. Supôs-se que o eventual crescimento dos atendimentos privados poderia gerar mudanças na oferta e utilização de leitos, nas internações realizadas e nas receitas financeiras dos hospitais.

Tal hipótese considerou as tendências de subfinanciamento público (Piola et al., 2013), que poderiam levar hospitais vinculados ao SUS a buscarem alternativas pontuais de financiamento; e o crescimento do mercado de planos de saúde privados (Brasil, 2019a,e), com tendências de diversificação de produtos e ampliação da rede prestadora hospitalar.

Dessa forma, o estudo visa contribuir com a compreensão das relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.

2.2 Objetivos

Objetivo principal

O objetivo principal do estudo é descrever e analisar o fenômeno do atendimento a clientes de planos de saúde privados em hospitais de ensino públicos e filantrópicos do Estado de São Paulo, no período de 2011 a 2018.

Objetivos específicos

São objetivos específicos do estudo:

- Levantar e analisar, nos hospitais estudados, dados sobre leitos disponíveis, internações, receitas e causas de internação dos pacientes admitidos via SUS e via planos de saúde;
- Comparar características dos atendimentos a usuários do SUS e a clientes de planos de saúde privados, segundo variáveis selecionadas;
- Descrever e analisar comparativamente o fenômeno da dupla porta segundo natureza jurídica filantrópica e pública dos hospitais estudados.

2.3 Metodologia

A presente pesquisa compreendeu duas etapas. Na primeira etapa foi realizada revisão bibliográfica em bases de artigos científicos, consultas a legislação, normas, documentos técnicos e material jornalístico.

Foram realizadas buscas bibliográficas não sistemáticas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, Scielo e Google Acadêmico, para identificar estudos sobre relações entre público e privado na saúde, mercado de planos de saúde e atenção hospitalar.

Além disso, foram realizadas consultas de normas legais (Constituição, Leis, decretos, portarias e decisões judiciais) que auxiliaram, entre outros aspectos, na análise da regulamentação dos hospitais de ensino e dos hospitais sem fins lucrativos (filantrópicos) no Brasil, desde a Constituição Federal de 1988 até o ano de 2019.

Para consulta das normas foi utilizado o portal da Legislação do Governo Federal¹. Adicionalmente foram consultados documentos técnicos do Ministério da Saúde que abordam a certificação dos hospitais sem fins lucrativos². A análise da legislação e normas que regulamentam a certificação dos hospitais filantrópicos foi realizada em ordem cronológica, no sentido de verificar mudanças ocorridas e possíveis flexibilizações em relação à regra anterior.

Como fontes alternativas complementares foram acessados os acervos *on-line* dos Jornais Estado de S. Paulo (Estadão) e Folha de S. Paulo, abrangendo a análise de matérias publicadas no período de 1990 até 2019 sobre “dupla porta”, “fila dupla” ou “atendimento a planos de saúde” em hospitais vinculados ao SUS.

A fonte jornalística teve o propósito de complementar assunto pouco dimensionado na literatura e verificar a opinião e o posicionamento de atores sobre o tema, expressos na mídia ao longo do tempo. Pelo fato de a pesquisa ser realizada no Estado de São Paulo, utilizou-se os dois veículos de maior circulação digital e impressa no Estado, segundo o Instituto de Verificador de Comunicação (IVC)³.

¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legislacao/>

² Os documentos técnicos produzidos pelo Ministério da Saúde foram consultados no seguinte portal eletrônico: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cebas>

³ poder360.com.br/midia/tiragem-impressa-dos-maiores-jornais-perde-520-mil-exemplares-em-3-anos/

Na segunda etapa foi realizada pesquisa quantitativa, com levantamento e análises estatísticas de dados para analisar o fenômeno da dupla porta em hospitais de ensino no estado de São Paulo.

Optou-se pelo Estado de São Paulo pela grande rede pública de serviços de saúde existentes, responsável por 18% dos leitos SUS disponíveis em todo o país e também pela extensão do mercado de planos de saúde privados, que cobre aproximadamente 40,7% da população do Estado, sendo a Unidades da Federação com maior cobertura populacional por planos de saúde (Brasil, 2019a,b).

Optou-se pelos hospitais de ensino em virtude da importância deste segmento na assistência à saúde da população do Estado de São Paulo. Os hospitais de ensino correspondem a 8,5% da rede SUS, a aproximadamente 30% dos leitos e internações SUS, e a 63,4% das internações de alta complexidade de todo o Estado de São Paulo (Bittar, 2019).

Além disso, foi determinante para a realização da pesquisa a existência de uma base de dados específica para os hospitais de ensino, disponível junto à Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP). O período de análise do estudo de 2011 a 2018 considerou a disponibilidade de informações na base de dados.

2.3.1 O campo da pesquisa e a coleta de dados

O estudo utilizou múltiplas fontes de informações. A fonte principal foi o Sistema de Avaliação dos hospitais de ensino do Estado de São Paulo (SAHE), desenvolvido e mantido pela Secretaria de Estado da Saúde. O SAHE foi utilizado para obter as seguintes informações sobre os hospitais integrantes do sistema: número de leitos destinados a usuários SUS e a clientes de planos de saúde privados, o número de internações a beneficiários de planos de saúde, bem como as receitas operacionais totais e a receita oriunda do atendimento a beneficiários planos de saúde.

Em 2019 o Estado de São Paulo possuía 52 hospitais de ensino. Deste universo, o presente estudo abrangeu 24 hospitais que atendem SUS e clientes de planos de saúde. A exclusão de 28 hospitais de ensino ocorreu por dois motivos: 1) Hospitais que não atendem clientes de planos de saúde (25 hospitais) e 2) Hospitais que atendem planos de saúde, mas que não possuem registro de informações no SAHE (3 hospitais).

Dos 24 hospitais de ensino estudados, 17 são hospitais de natureza jurídica de entidades sem fins lucrativos (filantrópicos), e 7 são hospitais da administração pública (públicos), segundo definição da Comissão Nacional de Classificação (CONCLA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE¹).

Destaca-se que dois hospitais de ensino públicos estão com as informações sobre leitos, internações e receitas computadas conjuntamente, por pertencerem à mesma instituição mantenedora, não sendo possível desagregar as informações pelo SAHE. Desta forma, nas análises deste estudo são considerados como um único hospital.

Após a extração de relatórios do SAHE, as informações foram checadas e validadas junto a cada um dos hospitais individualmente, por meio de contato direto e solicitação formal via e-mail da Secretaria de Estado da Saúde, que apoiou o presente estudo.

No caso de sete hospitais de ensino públicos, todos sob gestão Estadual, as informações relacionadas às receitas operacionais foram validadas por meio de consulta ao Sistema de Informações Gerenciais da Execução Orçamentária (SIGEO) do Governo do Estado de São Paulo.

Além disso, também foi consultado o Portal Financeiro do Gestor², da Secretaria de Estado da Saúde, para verificar as informações relacionadas aos valores do faturamento da produção do SUS, que são repassados pelo Governo Federal, e que compõem um dos itens da receita operacional dos hospitais estudados.

A consulta a essas bases distintas teve o propósito de confirmar se os dados de receitas operacionais informados no SAHE estavam próximos à execução do orçamento do Governo do Estado.

Na condição de bases e fontes secundárias complementares foram utilizados o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), ambos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O SIH reporta todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiados pelo SUS. Já o SIA registra todos os

¹ A Resolução nº 1 de 19 de novembro de 2018, aprova e divulga a Tabela de Natureza Jurídica 2018, a ser adotada a ser adotada pelos registros administrativos e pelo Sistema Estatístico Nacional. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/218092488/dou-secao-1-20-11-2018-pg-105>

² Portal Financeiro do Gestor da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em: <http://www.portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br/>

atendimentos ambulatoriais financiados pelo SUS. Por fim, o CIHA é um sistema que permite o acompanhamento de internações e atendimento ambulatoriais, seja em estabelecimentos públicos ou privados, realizados a beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O SIH foi utilizado com o objetivo de levantar informações sobre o número de internações SUS, o número de pacientes-dia e saídas hospitalares, e as causas de internações SUS por Capítulo da CID-10 realizadas nos hospitais de ensino estudados, bem como os procedimentos realizados nas internações. O SIA foi utilizado para consultar informações sobre consultas médicas SUS realizadas nos hospitais. Já o CIHA foi utilizado para levantar as causas de internações por Capítulo CID-10 realizadas em clientes de planos de saúde privados nos hospitais de ensino estudados, o número de pacientes-dia, o número de saídas hospitalares e os procedimentos realizados nas internações.

A análise das causas de internações do SUS e de beneficiários de planos de saúde foi realizada considerando a soma de toda a produção hospitalar no período de 2011 a 2018.

Após a seleção dos 24 hospitais do estudo, a partir das informações disponíveis nas bases de dados consultadas, foram definidas 16 variáveis, cujas características e categorizações estão descritas no quadro a seguir:

Quadro 1 - Descrição das variáveis utilizadas no estudo, por categoria, descrição e fonte da informação

Variável	Categoria	Descrição	Fonte
Natureza Jurídica	1- Filantrópico 2- Público	Relação de hospitais de ensino segundo Natureza Jurídica.	SAHE e CNES
Tipo de estabelecimento	1- Geral 2- Especializado	Tipo de atendimento no hospital de ensino, se geral ou especializado, segundo CNES. ¹	CNES
Nível de Gestão	1- Estadual 2- Municipal	Vínculo do hospital de ensino com o Gestor do SUS, se estadual ou municipal.	CNES
Porte	1- Especial (mais 500 leitos) 2- Grande (151 a 500)	Classificação do hospital de ensino segundo o número de leitos ² .	SAHE

¹ Segundo classificação do CNES, hospital geral é o que presta atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Podendo dispor de serviço de urgência e emergência e devendo ter SADT de média complexidade. Já hospital especializado presta assistência em uma única especialidade/área, podendo dispor de serviços de urgência/emergência.

² Classificação segundo Armando de Negri, 2014. O Papel dos Hospitais na Rede de Atenção à Saúde, disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/armando-de-negri-o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saude/>

	leitos) 3 – Médio (51 a 150 leitos) 4- Pequeno (até 50 leitos)		
Localização	1- Capital de SP 2- Cidades do interior de SP	Município sede da localização do Hospital de Ensino.	SAHE
Leitos	1- SUS 2- Planos de Saúde 3- Total de leitos operacionais.	Número de leitos operacionais disponíveis nos hospitais de ensino.	SAHE
Internações	1- SUS 2- Planos de Saúde 3- Internações totais	Número de internações realizadas nos hospitais de ensino.	SAHE e SIH
Consultas Médicas	1-SUS	Número de consultas médicas realizadas nos hospitais de ensino.	SIA
Fonte Pagadora	1- SUS 2- Planos de Saúde 3- Total de receitas operacionais.	Valor das receitas recebidas pelos hospitais de ensino.	SAHE
Valor médio da internação	1- SUS 2- Planos de Saúde	Valor recebido em média pelos hospitais por internação (receitas recebidas/número de internações), por fonte pagadora (SUS e planos).	SAHE e SIH
CID-10 de internação	1- SUS 2- Planos de Saúde	Causa de internação por Capítulo CID-10 nos hospitais de ensino.	CIHA e SIH
Tempo médio de internação	1- SUS 2- Planos de Saúde	Tempo médio que os pacientes ficaram internados nos hospitais de ensino (pacientes-dia/saídas hospitalares)	CIHA e SIH
Índice de rotatividade	1- SUS 2- Planos de Saúde	Mede a utilização do leito em determinado período (número de internações por leitos disponíveis).	SAHE, CIHA e SIH
Taxa de ocupação	1- SUS 2- Planos de Saúde	Percentual médio de ocupação dos leitos (nº paciente-dia/ nº de leitos-dia).	SAHE, CIHA e SIH
Faixa etária	1- SUS 2- Planos de Saúde	Faixa etária dos usuários SUS e de clientes de planos de saúde internados nos hospitais de ensino.	CIHA e SIH
Procedimentos	1- SUS 2- Planos de Saúde	Procedimentos selecionados, realizados nas internações SUS e de planos de saúde nos hospitais de ensino ¹ .	CIHA e SIH

¹ Foram selecionados quatro procedimentos de alta complexidade, segundo PROADESS, SIGTAP e Portaria MS nº 968 de 2002; e cinco procedimentos de média complexidade, conforme classificação no SIGTAP.

2.3.2 Análise estatística

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados extraídos do SAHE, sendo utilizada a soma, média, desvio padrão e percentual das informações relacionadas sobre leitos, internações, receitas e valor médio de internação, de acordo com a natureza jurídica dos dois grupos de hospitais de ensino estudados: filantrópicos e públicos; e de acordo com o tipo de estabelecimento: geral e especializado.

No que tange a análise estatística, foram considerados significantes todos os resultados com nível descritivo menor que 5% (valor de $p < 0,05$). Todos os testes estatísticos e gráficos foram executados no software R 3.5.0 GUI 1.70 El Capitan build (R Core Team, 2018) e RStudio (Version 1.1.453 – © 2009-2018 RStudio, Inc.).

Foram realizadas associações entre a variável ‘Fonte pagadora’ (Plano de Saúde ou SUS), ‘Natureza jurídica’ (Filantrópico e Público), “Tipo de Estabelecimento” (Geral e Especializado) e as variáveis ‘Leitos’, ‘Internação’, ‘Receita’ e ‘Valor Médio da Internação’, para o intervalo de oito anos, 2011 a 2018. Para tais associações utilizou-se o teste estatístico semelhante a ANOVA - ANOVA não paramétrica – (Brunner et. al., 2002), implementada no pacote nparLD (Noguchi et al., 2012).

Já para a associação entre a variável ‘Fonte pagadora’ e ‘Capítulo CID do atendimento’, foi utilizada a meta-análise, por meio do pacote metafor (Viechtbauer, 2010). Neste caso, cada hospital contribuiu com dados como se fosse um estudo transversal independente, por hospital, com um risco relativo e intervalo de confiança individual e que contribuíram para o risco relativo estimado para cada um dos capítulos de classificação CID-10.

Por fim, a diferença entre as variáveis ‘Tempo médio de internação’ segundo “Fonte Pagadora” (Plano de Saúde e SUS) foi avaliada pelo teste U de Mann-Whitney. Cabe destacar que esta análise tem limitações por envolver dados agregados de média entre hospitais, média de todos os anos e de média de pacientes, não levando em consideração o volume de atendimento de cada hospital.

2.3.3 Limitações do estudo

O presente estudo é inédito e abrangente, ao alcançar um grande grupo de 24 hospitais nos quais ocorre o fenômeno da dupla porta. No entanto, há limitações.

O estudo está restrito ao Estado de São Paulo, cujo sistema de saúde tem características e dinâmicas próprias, a exemplo da grande parcela da população coberta por planos de saúde. Assim, os resultados podem não representar a realidade de outros Estados e regiões.

Foram estudadas somente as unidades hospitalares credenciadas como hospitais de ensino, por opção metodológica e em função da disponibilidade de dados. Hospitais públicos e filantrópicos do Estado de São Paulo que praticam dupla porta, mas que são de outra natureza que não a de ensino, não integraram o estudo. Em 2019, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existiam 398 hospitais gerais e especializados que possuem leitos SUS e leitos privados cadastrados no Estado de São Paulo, sendo a grande maioria (81%) hospitais sem fins lucrativos, 16% hospitais públicos e 3% hospitais privados com fins lucrativos (Brasil, 2019b).

Há limitações das bases secundárias utilizadas, que podem conter incompletudes e inconsistências, também ligadas ao nível de adesão dos hospitais ao sistema de informação. Isso levou à exclusão de hospitais que, mesmo elegíveis para o estudo, não possuíam registros completos na base principal, o SAHE.

Soma-se o fato de que as informações do SAHE são autodeclaradas pelos hospitais de ensino, não existindo auditoria periódica sobre os dados informados no sistema. Como forma de reduzir essa limitação, as informações foram confirmadas e checadas com cada hospital individualmente ou cruzadas com outras fontes de informação.

Sobre as receitas operacionais informadas pelos hospitais no SAHE, também há limitações nos dados. Embora as receitas via atendimento a planos de saúde sejam discriminadas separadamente, o conjunto das demais receitas (excluindo planos privados) incluem os recursos orçamentários e de faturamento oriundas do SUS, mas também abrangem os recursos de convênios firmados com entes federados (Estado, União e Município), doações, emendas parlamentares, receitas financeiras, receitas de atividade de ensino, de demandas judiciais, entre outras.

Há limitações na estimativa do valor médio da internação SUS e de planos de saúde, por não ser possível discriminar separadamente os valores recebidos pelos hospitais para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Desta forma, usou-se a receita total do hospital (atenção hospitalar + ambulatorial) para chegar ao valor médio de internação. Trata-se, portanto, de uma aproximação.

2.3.4 Ética em pesquisa

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 13/09/2016, pelo parecer de nº 1.731.369.

Os dados dos hospitais de ensino foram agregados e utilizados em conjunto para fins estatísticos, representações gráficas e tabelas. Quando necessária a descrição ou apresentação de dados individuais, os nomes dos hospitais foram preservados, sendo representados aleatoriamente por números, letras e siglas, como HEF (Hospitais de Ensino Filantrópicos); HEP (Hospitais de Ensino Público); HEFG (Hospitais de Ensino Filantrópicos Gerais); HEFE (Hospitais de Ensino Filantrópicos Especializados); HEPFG (Hospitais de Ensino Público Gerais) e HEPFE (Hospitais de Ensino Público Especializados).

3 Referenciais do Estudo

3.1 Relações entre o público e o privado no sistema de saúde no Brasil

Os referenciais do estudo estão estruturados em dois blocos, o primeiro referente a relação entre o público e o privado no sistema de saúde, sob a ótica do financiamento, do mercado de planos de saúde privados e da provisão e prestação de assistência à saúde. Por fim, o segundo bloco traz uma revisão do fenômeno da dupla porta, analisando os movimentos do legislativo e do judiciário em relação à dupla porta, bem como a abordagem desta temática em jornais de grande circulação no Estado de São Paulo.

3.1.1 O financiamento do sistema de saúde

Embora exista o compromisso constitucional com um sistema público universal, ou seja, para os mais de 200 milhões de brasileiros, os gastos privados predominam no sistema brasileiro e circulam a favor da menor parcela da população.

Os gastos em saúde no Brasil atingiram, em 2015, 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB). Desse total, a maior parte, 57% são gastos privados e 43% públicos (Brasil, 2017a). Embora o Brasil tenha optado por um sistema de saúde universal e integral, os gastos públicos em saúde são menores que os gastos privados

Em países com cobertura universal, como o Canadá, o gasto em saúde atinge 10,8% do PIB, mas são os gastos públicos que predominam no sistema, correspondendo a 70% do total dos gastos em saúde. A média de gasto em saúde para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) foi de 8,8% do PIB, sendo 73% desse gasto representado pelo financiamento público. Em 2016, o gasto per capita em saúde do Brasil foi de US\$ 1.281, comparado em dólar internacional, sendo mais de quatro vezes menor em relação ao Canadá (US\$ 4.698). Mesmo países que não possuem um sistema de saúde universal, como o caso do Chile, há maiores gastos per capita em saúde (US\$ 1.897). Este cenário brasileiro com uma menor participação do público no financiamento a saúde provoca um distanciamento dos preceitos constitucionais do SUS e revela o quanto o subsetor público no Brasil está subfinanciado quando

comparado com países que optaram pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde (OCDE, 2019).

Do ponto de vista dos gastos familiares, a saúde representa em média 8% do total do orçamento doméstico, percentual que vem apresentando aumento consecutivos desde 1974, momento no qual o comprometimento do orçamento familiar com saúde era de 4,2%. Estes dados evidenciam que de 1974 a 2018 aumentou os gastos das famílias brasileiras com saúde. A maior parte destes gastos é direcionada para a aquisição de serviços de saúde privados, incluindo os planos de saúde, e para a aquisição de medicamentos. No entanto, cabe destacar que a composição dos gastos domésticos em saúde difere segundo a classe de renda da família. Para a classe que vivem com até R\$ 1.908,00 mensal, os remédios correspondem a 71,2% do dispêndio com saúde. Por outro lado, a participação do gasto com medicamentos para a classe oposta (com rendimentos acima de R\$ 23.850,00 mensal) é de 25% do total de gastos com saúde. Já a participação correspondente aos planos de saúde representa 52% do total de gastos em saúde na classe com rendimentos mais elevados, tendo alcançado 7% na classe de menor renda (BRASIL, 2019c). Estes dados evidenciam que mesmo com o desenvolvimento do SUS ao longo dos últimos mais de 30 anos, as famílias brasileiras estão gastando proporcionalmente mais com saúde, sendo que a população com menor rendimento médio mensal tem gastado mais com medicamentos, e a população de renda mais elevada tem gastando mais com a aquisição de planos de saúde e serviços de saúde.

Quando analisados os dados informados pelo gestor do SUS no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde¹ (SIOPS), verifica-se que, em 2018, o montante de recursos financeiros aplicados em saúde pela União foi de aproximadamente R\$ 131 bilhões, valor inferior ao da receita de contraprestações movimentados pelas operadoras de planos de saúde privados para ofertar assistência médico hospitalar a aproximadamente 24% da população do país, que foi de R\$ 192 bilhões no ano de 2018² (Brasil, 2019a).

¹ Os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) foram acessados pelo portal do Ministério da Saúde, no seguinte endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>

² Os dados de receita de contraprestação das operadoras de planos de saúde foram tabulados por meio da ferramenta TABNET do Datasus, disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_rc.def

Atualmente, um dos principais dilemas do Sistema Único de Saúde é o subfinanciamento crônico, situação que tende a se agravar com a mudança no perfil demográfico da população, com o aumento da incidência de doenças crônicas e com a crescente incorporação de tecnologia. Na concepção constitucional do sistema, o SUS deve ser financiado com recursos provenientes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. No âmbito da União, o SUS é financiado pelo orçamento da seguridade social, fundo composto de recursos destinados às áreas de assistência social, previdência social e saúde. O artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da CF/88 previa uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social destinado à saúde, excluído o seguro desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) pós CF/88, que deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde. No entanto, nunca houve a aplicação deste montante de recurso previsto para a saúde (Piola et al., 2013; Vieira, 2016).

Os anos seguintes pós CF/88 foram marcados por dificuldades em financiar o subsetor de saúde. Em 1994 foi criado o Fundo Social de Emergência para auxiliar no ajuste fiscal, com a previsão de desvinculação de parte da receita destinada à seguridade social. Atualmente, esse fundo é denominado como Desvinculação de Receitas da União (DRU), que foi prorrogado até 2023, e ampliado o percentual de 20% para 30% de desvinculação de receitas (Brasil, 2016a). A DRU permite que a União utilize livremente parte de sua arrecadação de impostos e contribuições sociais federais, que seriam destinados a seguridade social. Em 2016, foi criado mecanismo semelhante aos estados e municípios, também permitindo a desvinculação de 30% das receitas relativas a impostos, taxas e multas.

Em 1997 ocorre a criação de um novo tributo para financiar a saúde – a Contribuição sobre Movimentação Financeira (CPMF) – sendo esse recurso efetivo para assegurar a estabilidade financeira da saúde ao invés de ampliar recursos aplicados em saúde pelo governo federal. A CPMF foi extinta em 2007 e durante a sua vigência representou 30% do total de receitas aplicadas em saúde pela União (Piola et al., 2013). Alguns defendem seu retorno, mas não para financiamento da saúde, e sim para compensar medidas de desoneração de impostos sobre a folha de pagamento (Fernandes; Rodrigues, 2019).

No sentido de regulamentar o financiamento em saúde, foi aprovada em 2000 a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que estabeleceu vinculação Constitucional para os gastos em saúde (Brasil, 2000a). Posteriormente, a Lei Complementar nº 141 de 2012 regulamentou a Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2012a). Foram definidos percentuais mínimos que os entes federados (União, estados e municípios) devem aplicar em saúde. A União deveria aplicar o mesmo valor empenhado no ano anterior, acrescido do percentual da variação nominal do PIB do país. Já os estados devem aplicar 12% de suas receitas de impostos de sua competência e os municípios 15%. Importante destacar que vincular a aplicação de recursos em saúde sobre a base de arrecadação traz riscos em período de baixo crescimento ou recessão do país, situação que pode prejudicar o financiamento do sistema de saúde. Também é importante ressaltar que além de fixar percentuais mínimos de gastos em saúde, a Lei também trouxe avanço bastante significativo ao definir o que são considerados gastos em saúde, excluindo de despesas de saúde gastos com limpeza urbana, pagamento de aposentadorias e pensões, merenda escolar, ações de assistência social, entre outros que eram utilizados por alguns gestores para computar o mínimo necessário de aplicação em saúde.

No entanto, em 2015 a Emenda Constitucional (EC) nº 86 reavaliou a norma de cálculo do montante a ser aplicado em saúde pela União. Estabeleceu-se um percentual para aplicação da União de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) que evoluiria de modo gradual em cinco anos de 13,2% para 13,7%, 14,1%, 14,5%, até atingir 15%. Além disso, a EC/86 definiu que os recursos oriundos da exploração de petróleo e gás natural que serão destinados para a área de saúde não serão acrescidos ao montante mínimo obrigatório, como até então previsto em Lei; e que 0,6% da RCL destinada às emendas individuais dos parlamentares será alocada para a saúde e computada para fins do cumprimento do percentual mínimo, tendo obrigatoriedade de execução. Desta forma, esses recursos da exploração do pré-sal, bem como das emendas parlamentares, não representaram recursos novos para a área da saúde (Brasil, 2015c).

Apesar dessas sucessivas mudanças, em 2016 foi aprovada a Emenda à Constituição (EC) nº 95, revogando o artigo 2º da EC nº 86 de 2015 que regulamentou o valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pela União. Ficou estabelecido que a União deveria aplicar em 2017 o valor de 15% da Receita Corrente Líquida, e a partir de 2018 o valor gasto em 2017 acrescido

pela variação do Índice de Preço ao Consumidor (IPCA), e assim sucessivamente até 2036. Pela regra anterior (EC nº 86), o gasto em saúde cresceria com o aumento da RCL e isso não ocorrerá com a EC nº 95, que congela por 20 anos os recursos aplicados na saúde (Brasil, 2016b). Cabe destacar que em 20 anos a população brasileira crescerá 9% e dobrará a população idosa, situação que irá pressionar por uma maior utilização dos serviços de saúde.

Em 2016, o Procurador Geral da República ajuizou Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI nº 5.595) no Supremo Tribunal Federal argumentando que a emenda reduz progressivamente o financiamento federal para ações e serviços públicos de saúde, o que caracterizaria violação aos direitos à vida; à saúde e aos princípios da vedação de retrocesso social e da proporcionalidade, situação que está em descumprimento do dever de progressividade na concretização dos direitos sociais, assumido pelo Brasil em tratados internacionais. Por medida liminar, está suspensa a eficácia dos artigos 2º e 3º da Emenda Constitucional nº 86, que tratam da área de saúde, tendo sido exigida a aplicação mínima de 15% da Receita Corrente Líquida em saúde a partir do ano de 2016. No entanto, houve descumprimento por parte do Ministério da Saúde desta aplicação mínima de 15% em 2016, situação que enseja medida de compensação nos exercícios subsequentes dos valores não aportados em 2016, segundo decisão em 2018 do STF. No momento, a ADI aguarda julgamento pelo plenário do STF, sendo todas as decisões tomadas até o momento de maneira liminar (Brasil, 2016c).

Importante destacar que ocorreram iniciativas populares, como o movimento nacional em defesa da saúde pública que protocolou, em 2013, um projeto de Lei de iniciativa popular (PL nº 321/2013) com a assinatura de 2,2 milhões de eleitores pleiteando um repasse de 10% da receita corrente bruta da união para a saúde pública, dado que a União é a maior arrecadadora de impostos e contribuições (65,8%), e fica com a maior parte da receita do país (54,4%). No atual momento o Projeto de Lei foi apensado ao Projeto de Lei nº 123/2012, o qual teve a última movimentação no ano de 2014 (Brasil, 2012b). Esse tipo de mobilização social é de suma importância, dado que é observada uma diminuição da participação da união nos gastos públicos de saúde ao longo dos anos, com um substancial aumento da participação dos estados e, principalmente, dos municípios. Em 2003 a União participava com 50,1% do financiamento a saúde pública no Brasil, chegando, em 2017, com uma participação de 43,2%. Por outro lado, Estados e Municípios

aumentaram a participação no financiamento à saúde, passando de 24,05% em 2003 para 25,7% em 2016, no caso dos Estados; sendo que os municípios passaram de uma participação de 25,4% para 31,1% no financiamento da saúde pública (Piola et al., 2018).

Outro aspecto importante de análise no que tange ao financiamento da saúde, é a destinação dos recursos financeiros. No caso do Ministério da Saúde, do total das despesas executadas em 2018, 42% foi destinado a subfunção orçamentária relacionada a assistência hospitalar e ambulatorial, 17% a atenção básica, 9% a suporte terapêutico e profilático, 4% a vigilância epidemiológica e 26% a outras subfunções, como administração, encargos especiais, ciência e tecnologia, entre outros. Esses dados evidenciam que o foco dos gastos e, consequentemente das ações em saúde, estão direcionadas para um modelo de saúde curativo, pautado no hospital como o centro do cuidado, em detrimento das ações de promoção e prevenção à saúde (Brasil, 2019d).

Conforme observado, o entrave do subfinanciamento do SUS é crônico e tende a se agravar nos próximos anos em virtude de escolhas políticas para a saúde na atual recessão econômica na qual o país se encontra. Embora a Constituição Federal de 1988 tenha instituído o orçamento para a Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social), esses recursos não foram destinados à saúde conforme a determinação Constitucional. Em momento de crise econômica e restrições orçamentárias, entra em evidência o debate sobre o ajuste fiscal e os gastos sociais (Vieira, 2016). O agravamento da crise econômica no país tem impactado nos orçamentos destinados ao SUS, e a perspectiva para os próximos anos é de uma queda real nas despesas com saúde.

3.1.2 O mercado de planos de saúde

Atualmente a participação dos planos e seguros de saúde privados é significativa no sistema de saúde brasileiro. Destaca-se que somente após dez anos da promulgação da Constituição Federal de 1998 houve a edição da Lei nº 9.656 de 1998, que criou o marco regulatório do setor da saúde suplementar, tratando das relações contratuais entre planos de saúde e beneficiários, bem como dos aspectos do funcionamento desse mercado. Dentro desse novo contexto, também foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela Lei nº 9.961 de 2000, dotada

de autonomia funcional e independência decisória, com o objetivo de separar a atuação técnica, a qual é pautada na constituição e nas leis, da atuação meramente política. Desta forma, o mercado de saúde suplementar permaneceu por muitos anos em um vácuo regulatório e distante das prioridades políticas até o final da década de 1990 (Brasil, 1998a, 2000b).

Segundo informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em dezembro de 2003, o número de beneficiários com planos privados de assistência médica era de aproximadamente 32 milhões. Dados mais recentes mostram que ocorreu uma evolução nos últimos 13 anos de 47%, atingindo, em 2018, mais de 47 milhões de beneficiários, o que representa uma taxa de cobertura populacional de 24,3% (Brasil, 2019a). Historicamente, no entanto, os planos de saúde nunca ultrapassaram 30% de cobertura da população: em 1998, correspondiam a 24,5% e, em 2013, a 27,9% (Brasil, 2015b). O mercado de planos de saúde é concentrado empresarialmente e regionalmente, além de ser sensível a emprego e renda, com retração em momentos de recessão econômica.

Há grandes disparidades na cobertura populacional pela saúde privada nos Estados Brasileiros. Estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo apresentam uma cobertura populacional de mais de 30%. Estados do Norte e Nordeste como Roraima, Acre, Pará, Bahia, Maranhão, Piauí e Tocantins, possuem entre 5 a 10% da população coberta por assistência médica privada (Brasil, 2019a). Esses dados evidenciam a relação existente entre desenvolvimento econômico e cobertura populacional por planos de saúde privados.

Analisando a composição desses beneficiários do setor suplementar por tipo de contratação do plano de saúde nota-se que, a grande maioria, aproximadamente 80%, possui planos coletivos empresariais (67%) ou por adesão (13%). Os planos individuais e familiares representam 19% do universo de contratos, evidenciando que há um forte predomínio dos planos coletivos, os quais, em sua maioria, estão relacionados a vínculos empregatícios. Há uma tendência de as operadoras de planos de saúde diminuírem a comercialização de planos individuais, pelo fato de terem os reajustes anuais de mensalidade controlados pela ANS, diferentemente do que ocorre com os planos coletivos por adesão e empresariais, nos quais os reajustes são baseados na sinistralidade da carteira (Brasil, 2019a).

Destaca-se que há uma correlação positiva entre a taxa de crescimento do PIB e a criação de empregos formais com a taxa de ampliação de beneficiários

vinculados a planos coletivos. Apesar da evolução da cobertura populacional por planos de saúde ao longo dos últimos 10 anos, após o início da crise econômica, que ocasionou um aumento da taxa de desocupação e queda do Produto Interno Bruto (PIB) do país, o número de pessoas com planos de saúde apresentou uma diminuição. Entre 2014 a 2017, ocorreu uma redução de mais de 2,4 milhões de beneficiários de planos de saúde no país, o que representou uma retração desse mercado de 5% em número de beneficiários de planos de assistência médica. Essa redução foi percebida nos planos coletivos empresariais, que sofrem impacto da deterioração do mercado de trabalho, e nos planos individuais, que também sofreu interferências com a redução do número de pessoas ocupadas. Com o aumento do desemprego, há uma redução da renda familiar e, conseqüentemente, redução de consumo, inclusive de planos de saúde. Esse cenário evidencia a importância da renda e do emprego para o consumo de planos de saúde.

No entanto, apesar da retração do mercado em número de beneficiários e da inflação do setor, segundo informações da ANS, o lucro líquido das operadoras de planos de saúde aumentou entre 2015 a 2016 (Casemiro; Cavalcanti, 2017).

Outro aspecto importante de se observar é a relação estabelecida entre as operadoras de planos de saúde e o Poder Legislativo, que tem sido um ambiente permeável aos interesses particulares das operadoras de planos de saúde (Bahia et al., 2016). Em 2014 nota-se que ocorreu a doação por parte das empresas de planos de saúde de R\$ 54,9 milhões para as campanhas de 131 candidatos, valor que foi quase 5 vezes maior ao que foi investido no pleito de 2010. O apoio financeiro dos planos de saúde contribuiu para eleger a Presidente da República, três governadores, três senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais em 2014 (Scheffer; Bahia, 2015).

Além disso, verifica-se forte pressão no âmbito legislativo e executivo para flexibilizar a regulamentação do setor. Em 2016 foi apresentada pelo Ministério da Saúde proposta visando permitir a venda de planos de saúde acessíveis. O objetivo dessa proposta era o de criar mecanismos para ampliar a oferta de planos individuais com menor cobertura. Atualmente os planos individuais são regulados pela Lei nº 9.656 de 1998 e possui critérios mais rígidos de reajuste, sendo esse controlado anualmente pela ANS. Ao contrário do que ocorre com os planos coletivos empresariais e coletivos por adesão, o reajuste anual dos contratos de plano de saúde individuais não pode ser reajustado livremente pelas operadoras,

tendo que se respeitar um patamar mínimo definido pelo órgão regulador. Outra garantia é o rol mínimo de procedimentos e eventos em saúde, que contempla os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde que são de cobertura obrigatória para todos os planos de saúde comercializados no país.

O Ministério da Saúde argumentou em sua proposta que a necessidade de apresentar essas modificações ocorreu por causa da crise econômica enfrentada pelo país, que afetou o número de pessoas beneficiárias de planos de saúde, situação que eleva as despesas das operadoras de planos de saúde, influenciando no preço do produto e, conseqüentemente, no acesso. Dessa forma, o intuito da proposta, de acordo com o Ministério da Saúde, seria a de ofertar planos de saúde mais acessíveis à população.

Em março de 2017 chega a ANS a proposta elaborada pelo Ministério da Saúde, sendo constituído um grupo específico de trabalho dentro da agência reguladora para avaliar técnica e juridicamente a viabilidade das sugestões¹.

Em setembro de 2017, a ANS emitiu um relatório final com as contribuições do grupo de trabalho sobre a proposta dos planos de saúde acessíveis recebidas (Brasil, 2017b). Embora em consulta interna técnicos da agência tenham apontado fragilidades na proposta do Ministério da Saúde, na conclusão final da ANS não há uma indicação clara para a rejeição das propostas, a ANS apenas indica que essas ações são concorrentes com as medidas regulatórias em andamento na agência e que alguns itens necessitam de maior detalhamento e estudos para a mensuração de seus impactos.

A oferta de planos de saúde acessíveis, com preços e coberturas menores, pode promover a desregulamentação das regras do setor de saúde suplementar e criar a falsa ilusão de possuir cobertura por plano de saúde. Inicialmente promoverá uma maior rentabilidade e faturamento imediato para as operadoras de planos de saúde com a entrada de novos beneficiários. Quanto à população, que tipo de extensão de cobertura terá? Essa situação pode abrir um espaço para a judicialização, que mesmo com as normas atuais é crescente. A quantidade de ações judiciais contra planos de saúde cresceu em uma velocidade maior que o número de beneficiários do setor. A maior parte das ações está voltada para

¹ O Projeto encaminhado na íntegra pelo Ministério da Saúde a ANS, bem como a produção do grupo de trabalho constituído pode ser consultado em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-sobre-planos-acessiveis>

restrições de coberturas assistenciais, principalmente de tratamento caros e de alta complexidade, e que geram um ganho de causa aos beneficiários em mais de 90% dos casos (Bahia et al., 2016).

Além disso, os beneficiários dos planos de saúde acessíveis que ficarem desamparados em cobertura, principalmente em atendimentos mais caros e complexos, voltarão para o SUS, que arcará com o que a iniciativa privada não cobrir.

Conforme discutido por Bahia et al. (2016), em um contexto de crise fiscal, apresenta-se como uma suposta solução a expansão de planos de saúde mediante à comercialização de contratos com cobertura assistencial reduzida ou com esquemas de copagamento que inibem a utilização dos serviços de saúde. Essa situação só se viabilizará com a desregulamentação das regras de cobertura, especialmente as relacionadas com a restrição de unidade assistenciais para atendimento, restrição de oferta de especialidades médicas e menor abrangência territorial de cobertura.

Paralelamente as ações propostas pelo Ministério da Saúde, o congresso nacional vem discutindo a revisão da Lei nº 9.656 de 1998. Essa discussão ocorre por meio do Projeto de Lei nº 7.419 de 2006¹, que atualmente tramita em regime de urgência e encontra-se pronto para apreciação do Plenário da Câmara dos Deputados. Essas modificações podem permitir que ocorram reajustes das mensalidades após os 60 anos (situação que não é admitida atualmente), e proibir a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) nas relações entre beneficiários de planos de saúde e operadoras.

Em meados de 2019, vem a público uma proposta de nova Lei para regulamentar o mercado de planos de saúde elaborada unilateral por empresas e entidades ligadas ao mercado de saúde suplementar. A proposta visa desregulamentar o mercado, reduzi coberturas e atendimentos, liberar reajustes de mensalidades, por fim ao ressarcimento do SUS, impor controle as ações de médicos e hospitais, aliviar multa e enfraquecer o órgão de controle do setor, a ANS (Bahia et al., 2019). Há riscos dessas propostas se tornarem permeáveis no Poder Legislativo e trazer sérios riscos de danos à saúde da população coberta pela saúde suplementar.

¹ A Consulta da tramitação do Projeto de Lei 7.419 de 2006 pode ser realizada no site da Câmara dos Deputados, no seguinte endereço eletrônico:
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=332450>

Em outubro de 2019, uma carta com diretrizes gerais sobre a revisão da Lei que regulamenta atualmente os planos de saúde no Brasil foi encaminhada ao Presidente da Câmara dos deputados, com intuito de reinserir esta discussão após a aprovação da reforma da previdência. A ideia desta revisão caminha no sentido de permitir a criação de planos com coberturas menores e preços mais baixos, uma espécie de "pay-per-view" da saúde, com os reajustes podendo ser definidos de acordo com as características de cada carteira (Formenti, 2019).

As políticas governamentais para incentivo ao crescimento do mercado de planos de saúde no Brasil

Autores afirmam que o Estado funcionou como organizador do mercado e como agente ativo no processo de legitimação da segmentação do sistema de saúde, com políticas governamentais de apoio à oferta privada de estabelecimentos de saúde e por estímulos e suporte à demanda por planos privados de saúde (Bahia, 2008a; Menicucci, 2008)

Menicucci (2008) afirma que duas lógicas seguem operando na disputa da política de saúde: “De um lado, uma lógica publicista, traduzida nos esforços de viabilizar o SUS, mesmo que voltado principalmente para os segmentos de menor poder aquisitivo. De outro lado, a lógica privatista, que tem como efeito a regulação do mercado, como forma de torná-lo mais eficiente, o que significa a ampliação da oferta e do consumo de planos e seguros de saúde”.

Segundo Bahia (2008b), algumas medidas promoveram a expansão e o fortalecimento do setor privado, como deduções, isenções e subsídios fiscais que beneficiam as operadoras de planos privados de saúde

A renúncia fiscal em saúde é um tema complexo e polêmico. Há diversos tipos de renúncias fiscais envolvendo saúde no Brasil, como por exemplo, as direcionadas para portadores de doenças graves (neoplasias, esclerose múltipla, Parkinson, entre outras previstas na Lei nº 7.713 /88, artigo 6º, XIV¹); as direcionadas para hospitais filantrópicos que atendem de fato pacientes SUS; as

¹ O artigo 6º, XIV da Lei nº 7.713/88 diz que “os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma”.

destinadas para medicamentos distribuídos pelo SUS; e as concedidas para pessoas que possuem planos privados de saúde, a qual beneficia população com renda mais elevada.

No Brasil, gastos com planos de saúde e serviços médico-hospitalares são passíveis de dedução na integralidade do imposto de renda tanto para pessoa física quanto para pessoa jurídica. Há quem defenda que a dedução das despesas de saúde e educação no imposto de renda de pessoa física não deveriam ser classificadas como um benefício tributável, uma vez que substituem despesas com serviços não garantidos pelo Estado (Ocké-Reis et.al., 2011).

Seria justo que as pessoas que pagam planos privado continuassem pagando por um sistema público que não utilizam? A falta de qualidade no setor público seria equivalente a aplicar um novo imposto indiretamente? De acordo com Rodríguez (2001), há um *trade-off* nessa questão. Quanto maior for a dedução, mais indivíduos são incentivados a comprar um plano privado e, em tese, liberam mais recursos no setor público que serão utilizados pelos mais pobres, mas, ao mesmo tempo, menor será a contribuição líquida para o financiamento do sistema, e, portanto, menor o efeito redistributivo. A política pode não valer a pena sob o ponto de vista social, porque o custo do subsídio para aqueles que permanecem no sistema é muito alto. Nesse sentido, as renúncias fiscais diminuem o montante de tributos recolhido pelo Estado, privilegiando uma parcela da sociedade para alcançar objetivos que poderiam ser almejados com gastos públicos diretos. Desta forma, há recursos públicos indiretos (renúncias) financiando parcialmente o consumo de um serviço privado em substituição a uma política pública (Machado et al., 2018).

Atualmente os gastos em saúde nas declarações de imposto de renda podem ser deduzidos em sua totalidade, ao contrário do que ocorre com os gastos em educação que possuem limite de dedução.

O valor total do gasto tributável em saúde aumentou 273% entre 2003 a 2015, passando de R\$ 8,6 bilhões para R\$ 32,3 bilhões. No ano de 2015, os gastos associados ao imposto de renda de pessoa física responderam 36% dos gastos nesse período, seguido pelos hospitais filantrópicos (29%), dos medicamentos (20%) e do imposto de renda de pessoa jurídica (14%). Na composição dos gastos do imposto de renda de pessoa física, os gastos com planos de saúde foi o mais significativo em todo o período analisado (Ocké-Reis, 2018).

Os tipos de renúncia em saúde que mais cresceram em números absolutos nos últimos anos foram às renúncias com despesas médicas no Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), que resultou em uma renúncia de R\$ 15,1 bilhões em 2017, aproximadamente 40% do valor total dos gastos tributários em saúde (Brasil, 2019k), e a renúncia para os hospitais filantrópicos, que passou de R\$ 2,6 em 2003 para R\$ 7,3 bilhões em 2013 (Machado, et al., 2018).

Os valores dos subsídios tributários concedidos para o setor da saúde apresentam crescimento superior aos gastos diretos da União com saúde. A tendência de crescimento fez com que no ano de 2017 fosse alcançado o maior nível da série histórica (R\$ 45,8 bilhões). Atualmente os subsídios tributários em saúde corresponderam a 40% dos gastos diretos no setor saúde (Brasil, 2019k).

Relatório produzido pelo Banco Mundial aponta que 11% das isenções do IRPF beneficiam os 40% mais pobres da população, e somente 27% beneficiam os 60% mais pobres, sendo, portanto, regressivas. O Banco Mundial indica a necessidade de redução dos gastos tributários com saúde no Brasil, por serem altamente regressivos, e por não existir nenhuma justificativa aparente para a obrigatoriedade de o governo pagar pelo atendimento privado de saúde aos grupos mais ricos da população (Banco Mundial, 2017). Boletim da Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria, do Ministério da Economia, apontou que os benefícios tributários do IRPF são apropriados apenas pelos 20% mais ricos da população, sendo contrários ao princípio da equidade alocativa, que deve pautar a gestão dos recursos públicos (Brasil, 2018k).

As renúncias fiscais devem ser acompanhadas de transparência, de análises críticas e reexames constantes, a fim de avaliar sua pertinência, vez que subtraem recursos públicos que poderiam ser aplicados em políticas públicas mais abrangentes e universais. No caso das renúncias oriundas da aquisição de planos privados de saúde, além de favorecer parcela da população com melhor poder aquisitivo, pode favorecer mais o mercado de operadoras de planos de saúde do que atender a função original de ter um caráter compensatório dos gastos em saúde realizados pelos contribuintes com serviços de saúde não atendidos pelo SUS. Principalmente diante de um cenário com problemas de negação de cobertura e reajustes abusivos das mensalidades. Por outro lado, as renúncias destinadas a hospitais filantrópicos, também têm distorções, como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI), que beneficia hospitais privados

que não atendem SUS, em troca de isenções milionárias de contribuições sociais e de contrapartida duvidosa ao SUS (Brasil, 2018b).

Já como exemplo de isenções fiscais para o mercado de planos privados de saúde, há a Medida Provisória (MP) nº 619 de 2013, que tratou sobre a Cobrança do PIS/Cofins, concedendo anistia às pendências tributárias e reduzindo em 80% a base sobre a qual os tributos incidem, ao retirar os custos assistenciais. A conversão em Lei desta MP foi sancionada pela então Presidente Dilma (Lei Ordinária 12.873, 2013). Também no ano de 2013 foi editada a MP nº 627, instituindo mudança na aplicação de multas aos planos de saúde (Brasil, 2013a). Segundo esta medida, para mais de duas multas por infrações semelhantes seria aplicado um fator multiplicador. Por exemplo, se uma operadora fosse multada cinco vezes em um semestre com multa de R\$ 5 mil, ao invés de pagar R\$ 25 mil, pagaria R\$ 10 mil. Embora esta MP tenha sido convertida em Lei (Lei nº 12.973 de 2014), o trecho que tratava sobre a redução do valor das multas a operadores de planos de saúde foi vetado pela Presidente Dilma, com a justificativa de que a medida reduziria substancialmente o valor das penalidades aplicadas às operadoras, com risco de incentivo à prestação inadequada de serviço de saúde (Brasil, 2014).

Além disso, em 2013, a imprensa noticiou a intenção da União de ampliar o acesso a planos populares de saúde em troca de subsídios para as operadoras de planos de saúde (Bahia; Scheffer, 2013). No entanto, a discussão sobre a oferta de planos populares de saúde só foi retomada em 2016, no governo do Presidente Michel Temer, e continua sendo debatida em 2019, conforme abordado no tópico anterior.

Desta forma, há medidas no âmbito do Poder Legislativo e do Poder Executivo que visam beneficiar e expandir o mercado de planos de saúde privados no Brasil.

3.1.3 A provisão e a prestação de serviços de saúde

A rede de serviços de saúde no Brasil é financiada por recursos públicos e privados, caracterizada por segmentação, estratificação e desigualdades de acesso e uso da população.

Analisando sob o aspecto da propriedade há uma predominância de estabelecimento privados hospitalares (64,2%), de SADT (93,7%) e de clínicas

(86,8%). Já a natureza pública é predominante nos pronto socorros e unidades básicas de saúde (Viacava et al., 2018).

Quanto à fonte de financiamento dos atendimentos que são realizados nos serviços de saúde, embora os equipamentos sejam na maioria privados, a sua utilização ocorre majoritariamente pelo SUS. A maior parte dos leitos hospitalares existente no país (65%) é destinada para os atendimentos do SUS, sendo que 61,7% de todos os atendimentos realizados em saúde no país foram financiados pelo SUS. (Viacava et al., 2018). O SUS, portanto, é o maior financiador dos serviços de saúde utilizados pela população.

Outro aspecto que se destaca é a atuação dos mesmos prestadores de serviços, principalmente hospitalares, concomitantemente nos subsistemas público e privado de saúde. Quer dizer, o mesmo hospital atende usuários do SUS, clientes de planos de saúde e clientela particular direta.

Aproximadamente 47% dos hospitais brasileiros atendem tanto SUS quanto planos de saúde. Os estabelecimentos privados sem fins lucrativos destacam-se nesse cenário, com quase 88% dos hospitais filantrópicos constituídos com este arranjo público e privado de atendimento. Já entre os hospitais públicos, 22,3% possuem atendimento a usuários SUS e clientes de planos de saúde (Machado et al., 2015).

No período de 2008 a 2010 os hospitais com arranjo público e privado realizaram 70% das internações de todo o país, tanto as financiadas pelo SUS (73,7%), como as financiadas por planos de saúde ou particular (54%) (Machado et al., 2015). Esses dados evidenciam a forte e ambígua relação entre público e privado na atenção hospitalar no Brasil.

A participação dos Hospitais Filantrópicos como prestadores de serviços ao sistema de saúde brasileiro

Há que se destacar a importância histórica que os hospitais filantrópicos possuem no Sistema Único de Saúde. Em 2018, 51 % dos leitos do SUS e 47% da produção hospitalar pública no Estado de São Paulo encontrava-se em hospitais filantrópicos (Brasil, 2019b,f).

Apesar da importante e expressiva participação dos hospitais filantrópicos no SUS, esses hospitais alegam historicamente dificuldades no custeio de suas

atividades, culminando com o fechamento e a diminuição do atendimento por alguns hospitais. Em 2014, por exemplo, a Santa Casa de São Paulo, hospital filantrópico com o maior número de leitos no município de São Paulo e até então com a segunda maior produção de internações no SUS na capital, suspendeu o atendimento de pronto socorro, cirurgias eletivas e exames laboratoriais alegando falta de recursos financeiros para a aquisição de insumos. De acordo com informações da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), a dívida das 2.100 instituições filantrópicas existentes no país chega a R\$ 22 bilhões, sendo mais da metade desse passivo oriundo de dívidas com o sistema financeiro (Oliveira, 2017).

Dentro do contexto que combina gestão deficiente com dificuldades financeiras, os hospitais filantrópicos adotam diversas estratégias para ampliar a receita hospitalar além do faturamento do SUS, como o atendimento a planos de saúde, a comercialização de planos próprios de saúde, a obtenção de empréstimos subsidiados, a adesão a programas e estratégias complementares de repasse público, e as isenções fiscais.

A defasagem da tabela de remuneração de procedimentos hospitalares pelo SUS é apontada pelos filantrópicos como um dos principais motivos dessa dificuldade financeira.

Entretanto, cabe considerar que alguns prestadores recebem complementação de recursos financeiros pelos gestores municipais, estaduais e até pelo Ministério da Saúde. No caso dos hospitais públicos, por exemplo, além do recebimento de repasse do Ministério da Saúde pelo pagamento da produção, que é baseado nos valores dos procedimentos da tabela SUS, há o recebimento de verbas orçamentárias estaduais e municipais, além de outros incentivos governamentais que são estabelecidos eventualmente por meio de convênios.

Nos hospitais conveniados ao SUS, como o caso dos filantrópicos, além do repasse do Ministério da Saúde baseado na produção de atendimento ao SUS e nos valores remuneratórios da tabela SUS, há também recebimento de incentivos por meio de eventuais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde.

No caso da Santa Casa de São Paulo, a comissão técnica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo observou que os recursos financeiros repassados pela União e pelo Estado de São Paulo para custeio dos serviços do hospital variou

de 1,8 a 2,9 vezes o valor da tabela SUS para procedimentos de média e de alta complexidade (São Paulo, 2015).

Este cenário evidencia a heterogeneidade do financiamento hospitalar no Brasil, no qual cada prestador recebe o faturamento SUS, baseado em uma tabela desatualizada, que não representa os custos, e, por conta disso, criam-se diversas outras formas de repasses, seja por meio de programas, estratégias, convênios ou Lei. Esta situação provoca distorções, assimetrias e desigualdades no financiamento, traz pouca transparência e pode gerar ineficiência para o sistema de saúde, uma vez que prejudica a avaliação mais global. Em função dessa instabilidade, sob a justificativa de buscar a sustentabilidade financeira, muitas entidades filantrópicas acionam mecanismos alternativos, como atendimento a planos e seguros de saúde, perpetuando a fragmentação assistencial e criando obstáculos adicionais à universalidade do sistema.

➤ **Histórico de auxílio aos Hospitais Filantrópicos**

A seguir serão apresentados os principais programas e estratégias desenvolvidas em âmbito nacional e estadual com o objetivo de apoiar financeiramente os hospitais filantrópicos.

Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu o programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS (Portaria nº 1.721 de 2005), com o objetivo de fornecer apoio financeiro a esses hospitais. O programa consistia em duas fases: a primeira fase é a de adesão e a segunda fase é de contratualização, na qual foi estabelecida o incentivo de adesão à contratualização (IAC) (BRASIL, 2005). O Ministério da Saúde disponibilizou inicialmente R\$ 200 milhões ao programa, valor que seria incorporado aos limites financeiros dos estados e municípios. Entende-se por contratualização o processo pelo qual as partes, o representante legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visam o aprimoramento do processo de atenção à saúde e da gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio.

De um total de 3.594 hospitais filantrópicos com potencial para aderir ao programa, 757 aderiram efetivamente, representando 21% do total. Quanto à fase

da contratualização, segundo relatório do Ministério da Saúde, até 2012, 648 hospitais (85,6%) dos hospitais que aderiram ao programa tinham finalizado a etapa da contratualização, representando um acréscimo de novos recursos no total de mais de R\$ 214 milhões por ano (Brasil, 2012d).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu um novo incentivo financeiro aos hospitais beneficentes de assistência social que prestam 100% de seus serviços exclusivamente ao SUS (Incentivo 100% SUS), e que são participantes do programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos ou do programa de reestruturação dos hospitais de ensino públicos e privados (Portaria nº 3.024 de 2011 e Portaria nº 929 de 2012). O hospital que aderisse ao Incentivo 100% SUS receberia um incentivo financeiro equivalente a 20% do valor mensal de sua produção de média complexidade contratualizada, tendo como base o ano de 2011. Excepcionalmente e após aprovação do Ministério da Saúde, as unidades hospitalares que prestavam no mínimo 80% dos seus atendimentos ambulatoriais exclusivamente ao SUS poderiam também aderir ao programa “Incentivo 100% SUS”, desde que fosse o único prestador de saúde hospitalar no município dentro de sua tipologia e caso disponibilizasse 100% dos seus serviços de internação hospitalar exclusivamente ao SUS (Brasil, 2012e).

Por outro lado, por parte do Poder Legislativo nacional também ocorreram movimentos para facilitar a obtenção de créditos subsidiados aos hospitais filantrópicos. Em 2013, foi instituído por meio da Lei nº 12.873 o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que atuam na Área da Saúde e que participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS)¹. O PROSUS aplicou-se às entidades de saúde filantrópicas que se encontravam em grave situação econômico-financeira, mediante a concessão de moratória e remissão das dívidas vencidas no âmbito da Secretaria da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, observadas as condições previstas na Lei. A moratória concedida pelo prazo de 180 meses (15 anos) tinha como objetivo viabilizar a superação da situação transitória de crise econômico-financeira da entidade privada filantrópica, a fim de permitir a manutenção de suas atividades.

¹ A Lei n 12. 873 de 2013 instituiu o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde – PROSUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12873.htm.

Em 2016, houve também o anúncio do Ministro da Saúde sobre a liberação para os hospitais filantrópicos de um montante de R\$ 513 milhões, sendo uma parte destinada a habilitação e credenciamento de 216 hospitais filantrópicos do país, e outra parte referente a emendas parlamentares de dois anos anteriores aprovadas e não pagas (Saúde, 2016).

Em 2017 foi criado por Lei (Lei nº 13.479) o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (Pró-Santas Casas) que atendem ao SUS (Brasil, 2017h). O programa instituiu duas linhas de créditos em bancos oficiais para os hospitais: uma para reestruturação patrimonial e outra para capital de giro. Em contrapartida, os hospitais participantes devem apresentar plano de gestão a ser implementado no prazo de dois anos após a assinatura do contrato. As instituições podem tomar o crédito independentemente da existência de saldos devedores ou da situação de inadimplência em outras operações de crédito existentes. O programa prevê um montante de recurso anual no valor de R\$ 2 bilhões, que serão consignados do orçamento da União, e uma duração de cinco anos. No entanto, esta Lei ainda não foi regulamentada e os recursos não foram liberados.

Por fim, em 2019 o Congresso Nacional aprova a liberação de 5% do orçamento anual do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) para a abertura de uma linha de crédito destinada as Santas Casas e hospitais filantrópicos (Lei nº 13.832/2019¹). Esta linha de crédito, que faz parte do programa FGTS Saúde, é de aproximadamente R\$ 4 bilhões, terá juros reduzidos para pagamento em dez anos, e será operada pela Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Os recursos poderão ser utilizados para pagamento de dívida e investimento.

Cabe destacar que o BNDS já possui uma linha de crédito que visa aumentar a capacidade de atendimento do SUS e é direcionada para os hospitais portadores de Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social - CEBAS - (Programa BNDS Saúde). Há uma carteira de contratos com recursos que são destinadas a investimentos físicos e reestruturação financeira. Segundo informações concedidas pela Lei de Acesso à Informação, entre 2008 a 2017 foi concedido aos

¹ A Lei nº 13.832 de 4 de junho de 2019 altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, dispõe sobre o FGTS para viabilizar a aplicação de recursos do Fundo em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas, bem como a instituições que atuam no campo para pessoas com deficiência, sem fins lucrativos, que participem de forma complementar do SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13832.htm

Hospitais Filantrópicos um montante de R\$ 2.456.877.713 para 67 instituições diferentes (Gráfico 1). Verificou-se que 52% do total destes recursos, ou seja R\$ 1.285.532.520, foram destinados aos 5 Hospitais reconhecidos neste período pelo Ministério da Saúde como de Excelência (Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio-Libanês, Hospital do Coração, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Samaritano). Dos empréstimos aos Hospitais de Excelência, 75% dos recursos foram destinados a duas instituições.

Gráfico 1 - Valores (R\$) de empréstimos realizados pelo BNDES a hospitais filantrópicos no âmbito do Programa BNDES Saúde. Brasil – 2008 a 2017

Fonte: BNDES. Dados obtidos via Lei de Acesso à Informação

Também foi solicitado pela Lei de Acesso à Informação sobre o montante de recursos disponibilizados via empréstimo ao longo dos últimos 10 anos pelo Banco do Brasil e pela Caixa Econômica Federal aos Hospitais Filantrópicos, no entanto, todas as solicitações foram negadas, com as seguintes justificativas:

Em resposta à sua solicitação, esclarecemos que as informações sobre valores de empréstimos concedidos pelo Banco do Brasil a hospitais filantrópicos, bem como a identificação das instituições beneficiadas, se tratam de informações consideradas estratégicas pelo Banco e, portanto, resguardadas pelo sigilo empresarial (Resposta da Diretoria do Banco do Brasil).

Não será possível divulgar os dados solicitados, em consonância à disposição de Lei Complementar nº 105 de 2001 “Art. 1º - As instituições financeiras conservarão sigilo em suas operações ativas e passivas e serviços prestados (Resposta da Superintendência Nacional Produtos Corporativos da Caixa Econômica Federal).

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), ao longo dos últimos dez anos também foram desenvolvidos programas e estratégias para auxiliar os hospitais filantrópicos do Estado. Em novembro de 2007 foi instituído o programa Pró-Santa Casa (Decreto nº 52.423/2007) com o objetivo de fornecer apoio técnico e auxiliar na recuperação financeira das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo. No referido Decreto, a Secretaria da Saúde estava autorizada a celebrar acordo com o Banco Nossa Caixa S.A. para operacionalização de linha de crédito para as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos. Para ter acesso à linha de crédito, os hospitais deveriam apresentar projeto de custeio e investimento para avaliação da SES/SP. Essa linha de crédito ficou aberta por um período de aproximadamente um ano (Barros, 2015). Essa primeira etapa ficou conhecida como a fase I do programa Pró Santa Casa.

Em 2008 teve início a fase II do programa Pró-Santa Casa, após deliberação da Secretaria de Estado da Saúde e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS/SP) e de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), consubstanciada na Deliberação CIB nº 232 de dezembro de 2007. Neste novo desenho, os valores dos incentivos deveriam ser compartilhados entre os gestores, sendo 70% do Gestor Estadual e 30% dos Gestores Municipais. Sobre a escolha dos hospitais beneficiados, bem como da definição do valor correspondente ao incentivo, essas atribuições estariam sobre a competência dos Colegiados de Gestores Regionais (atualmente denominados de Comissão Intergestores Regional – CIR). A deliberação também estabeleceu que os hospitais de abrangência macrorregional/estadual seriam definidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o valor do incentivo seria de responsabilidade exclusiva do Gestor Estadual. Por fim, estabeleceu que valor de incentivo destinado a cada região de saúde, bem como o número de hospitais que poderiam ser contemplados, dependeria da população adstrita a cada região (Barros, 2015).

Em 2009 houve uma nova deliberação CIB (nº 51) que permitiu a inclusão no programa de Hospitais Municipais ou sob intervenção municipal e/ou judicial, localizados em regiões em que não fosse possível a escolha de um serviço filantrópico para o atendimento regional. Além disso, também redefiniu os critérios de elegibilidade e de exclusão dos hospitais no programa.

Atualmente o programa Pró-Santa Casa contempla 117 hospitais de referência regional e 7 hospitais de referência nacional, definidos pela SES/SP. No

ano de 2018, a SES/SP repassou para o programa Pró-Santa Casa R\$ 342,4 milhões¹.

Em 2014 a Secretaria de Estado da Saúde criou a estratégia Santas Casas SUStentáveis, que também possui como objetivo auxiliar financeiramente às instituições filantrópicas e contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar de referência capaz de prestar serviços de saúde de qualidade e resolutivos, na média e na alta complexidade (Resolução SS 13, 2014).

A estratégia possui três modalidades de adesão: a) Hospitais estruturantes, que recebem um aporte de recurso no valor de 70% sobre o faturamento referente à média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial; b) Hospitais estratégicos, que recebem um aporte de recurso no valor de 40% sobre o faturamento referente à média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial; e c) Hospitais de apoio, que recebem um aporte de recurso no valor de 10% sobre o faturamento referente à média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial. Esta estratégia acabou se tornando permanente e obrigatória por meio de Lei Estadual (Lei 16.109, 2016).

Os hospitais estruturantes, estratégicos e de apoio foram definidos pela Secretaria de Estado da Saúde após realização de estudos técnicos. Atualmente há 63 hospitais com convênio assinado na estratégia Santas Casas SUStentáveis. No ano de 2018, a SES/SP repassou para a estratégia R\$ 335,7 milhões².

Conforme observado, ao longo dos anos foram desenvolvidos vários programas, estratégias e normas legais, em âmbito nacional e estadual, com o intuito de fornecer aporte financeiro os hospitais filantrópicos, além do faturamento da produção do SUS, e fortalecê-los como componentes da rede assistencial do SUS.

Apesar das medidas governamentais para auxílio do financiamento dos hospitais filantrópicos, a alegada dificuldade para a sustentabilidade dessas instituições permanece. Dentro desse contexto histórico de insuficiência de recursos, duas estratégias também são utilizadas por hospitais filantrópicos para aumentar o aporte de receita: a comercialização de planos de saúde privados próprios, e a prestação de serviços por meio da inclusão na rede credenciada de planos e seguros de saúde.

¹ Valores obtidos por meio do Portal Financeiro do Gestor da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em: < <http://www.portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br/> >

² Valores obtidos por meio do Portal Financeiro do Gestor da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em: < <http://www.portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br/> >

A filantropia é considerada uma modalidade de operadora de plano de saúde prevista e regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (RDC 39, 2000). Classificam-se nessa modalidade as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e que possuem o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) emitido pelo Ministério da Saúde. De acordo com informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), existem atualmente 38 operadoras de planos de saúde da modalidade filantropia ativas e com beneficiários, o que corresponde a uma participação de 4% do total de operadoras com registro ativo e com beneficiário no mercado de planos de saúde (Brasil, 2019e).

Analisando as operadoras da modalidade de filantropia por número de beneficiários, nota-se que grande parte (63%) são operadoras de pequeno porte, conforme definição da ANS (até 20 mil beneficiários), 32% são operadoras de médio porte (acima de 20 mil a 100 mil beneficiários) e 5% são operadoras de grande porte (mais de 100 mil beneficiários). As operadoras de saúde da modalidade filantropia em sua grande maioria estão localizadas em municípios do interior do país e vinculadas as Santas Casas (Brasil, 2019e).

Em agosto de 2019, as operadoras de saúde da modalidade de filantropia possuíam 917.671 mil beneficiários de plano de assistência médica, valor que representa uma participação no mercado em relação a número de beneficiários de 1,9%, sendo a modalidade de operadora de plano de saúde com o menor número de beneficiários do mercado. Desde 2013 evidencia-se uma queda constante do número de beneficiário desta modalidade de operadora, entre junho de 2013 a junho de 2019, a queda no número de beneficiário foi de 36%, doze vezes superior à diminuição apresentada no mercado de saúde suplementar como um todo no mesmo período (3%).

No âmbito das receitas de contraprestação, de um total de mais de R\$ 197 bilhões de receitas recebidas em 2018 por todas as modalidades de operadoras de planos de saúde de assistência médica, as operadoras da modalidade de filantropia representaram 1,3% (aproximadamente R\$ 2,5 bilhões) do total de receitas de contraprestação do mercado. Ressalta-se que em 2001 a participação das filantrópicas correspondia a 5% do total de receitas das operadoras de planos de saúde (Brasil, 2019a).

Os resultados apresentados demonstram uma diminuição gradativa da participação das operadoras filantrópicas no mercado de saúde suplementar ao longo dos anos, tanto em número de beneficiários quanto de operadoras, o que evidencia que esta estratégia pode não ter se consolidado como alternativa efetiva para a complementação do financiamento dos hospitais filantrópicos.

Por fim, outra estratégia desenvolvida pelos hospitais filantrópicos e até por alguns hospitais públicos para ampliar a fonte de receita é a destinação de parte da capacidade instalada para o atendimento de pacientes com planos de saúde ou particulares, funcionando concomitantemente como rede prestadora de serviços da saúde suplementar e do SUS. Como uma estratégia de expansão ou sobrevivência, muitos hospitais no Brasil têm adotado a diversificação das fontes de financiamento. Essa situação é confirmada por pesquisa que utilizou dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e observou que quase metade dos hospitais no país (46,6%) atendem pacientes financiados pelo SUS e por planos de saúde e particulares. Esse percentual é ainda maior quando observados os hospitais sem fins lucrativos, com 88% desses hospitais atendendo pacientes com fonte de financiamento SUS e planos de saúde/particulares. Chama a atenção o fato de 22% dos hospitais públicos do país também atenderem pacientes do SUS e da saúde suplementar (Machado et al., 2015). Esses dados evidenciam a forte imbricação entre o público e o privado nos hospitais, que possuem uma rede majoritariamente mista e compartilhada. Atualmente os estabelecimentos que atendem pacientes SUS, convênios e particulares são responsáveis por 70% das internações realizadas no país.

Com o crescimento do número de beneficiários de planos de saúde ocorrido nas últimas décadas, surge, conseqüentemente, a necessidade de ampliar a rede de prestação de serviços. Dentro desse contexto, os hospitais filantrópicos despontam como uma alternativa para funcionar como rede de prestação de serviços para as operadoras de planos de saúde, sobretudo para produtos de menor preço, que não conseguem ofertar prestadores mais renomados, de primeira linha ou de maior valor agregado às marcas e redes hospitalares privadas. Essa afirmação pode ser corroborada ao analisarmos a atual discussão sobre a flexibilização da regulação dos planos de saúde para a comercialização de planos acessíveis. A Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) tem apoiado a mudança do arcabouço legal com o intuito de viabilizar a criação de

planos de saúde acessíveis, objetivando aumentar o número de pessoas cobertas com planos de saúde, situação que geraria uma necessidade de ampliar a oferta de serviços de saúde dos prestadores as operadoras de planos de saúde (Ito, 2017).

Foi possível observar que os hospitais filantrópicos vivem uma constante busca por novas formas de financiamento, tendo conquistado diversos programas governamentais na esfera nacional e estadual, desenvolvidos para socorrer financeiramente essas instituições. Também foi possível observar que na busca por uma segunda fonte de receita os hospitais filantrópicos passaram a gerenciar planos de saúde por meio da comercialização de planos próprios, além de funcionarem como rede de prestação de serviços para o mercado da saúde suplementar.

Os Hospitais Filantrópicos: certificação e a contrapartida ao SUS

Os Hospitais Filantrópicos aos prestarem atendimento ao SUS também buscam isenção de tributos, por substituírem atribuição típica do Estado de prover saúde a toda população. Importante destacar que a Constituição Federal de 1988 (CF/88) instituiu tratamento que desonera as entidades beneficentes de assistência social ao pagamento de impostos e contribuições sociais, desde que atendidos os requisitos previstos em Lei (artigos 150, § VI, alínea “c” e 195, § 7º¹). Destaca-se que a Constituição utilizou o termo “entidades beneficentes de assistência social” sem trazer uma definição expressa deste conceito. De 1959 até a 1988 o termo utilizado nas Constituições para a concessão de isenção no país era “entidades filantrópicas”. Esta falta de clareza conceitual trouxe uma dúvida: seria a filantropia e a beneficência conceitos sinônimos?

Com o intuito de responder esta questão de suma importância, houve a necessidade de construir conceito doutrinário que parte da análise das características da assistência social, que estão expressas no texto Constitucional e em Lei, para então compreender o conceito de entidades beneficentes de

¹ O artigo 150, § VI, alínea “c” da CF/88 diz que “sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: VI - instituir impostos sobre: c) patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei.

O artigo 195 da CF/88 diz que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: § 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

assistência social em harmonia com a previsão da Constituição Federal de 1988 (Leite, 1998).

Verifica-se que uma primeira característica da assistência social é a sua prestação a quem dela necessitar (artigo 203, CF/88¹), vinculando-a ao objetivo de atender as necessidades vitais das pessoas carentes. Desta forma, cabe destacar que a necessidade é inerente à natureza de assistência social, situação que pode não ocorrer com a filantropia, pois embora possa prestar serviços úteis e valiosos a população, não envolve obrigatoriamente esse caráter essencial. A prática da filantropia envolve a doação de dinheiro, propriedade e tempo para os outros, sendo tão antiga quanto a humanidade. O que há de novo na filantropia moderna é a existência de um marco regulatório de incentivos fiscais para a sua doação (Reich, 2011).

A segunda característica da assistência social é a sua gratuidade, pois é voltada justamente para quem precisa de assistência e não tem condições de contribuir. O artigo 1º da Lei que organiza a assistência social no país (Lei 8.742, 1993) diz que a assistência social é política de seguridade social não contributiva. Dentro desse conceito, não cabe à instituição prestar atendimento gratuito a um número reduzido de pessoas e cobrar pela prestação de seus serviços para outra parcela da população. Essa situação pode caracterizá-la como filantrópica, mas não como uma entidade de assistência social. Por fim, a última característica está relacionada ao acesso generalizado aos seus serviços pela população.

A figura abaixo sintetiza as três características da assistência social que devem estar presentes em uma entidade beneficente de assistência social, a qual faz jus a imunidade tributária.

¹ O artigo 203 da CF/88 diz que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição. O artigo 1º da Lei nº 8.742 de 1993 diz que “a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”.

Figura 1 - Características da Assistência Social utilizadas para compreender o conceito de Entidade Beneficente, de acordo com a Constituição Federal de 1988

Ao analisar essas características, nota-se que o conceito de entidades beneficentes de assistência social é mais restrito que o conceito de filantropia. Assim, é possível concluirmos que toda entidade de assistência social é filantrópica, mas nem toda entidade filantrópica é de assistência social. Como a Constituição de 1988 passou a adotar uma nova terminologia - entidades beneficentes de assistência social - conclui-se que houve a intenção dos constituintes de limitar a concessão dessas imunidades tributárias.

Ressalta-se que o Estado possui o dever de evidenciar por qual motivo os incentivos fiscais são desejáveis e consistentes com a justiça social, pois quando o Estado permite que as instituições realizem deduções fiscais, há renúncia de receita fiscal, o que significa que toda população será afetada. Os bens sociais produzidos pelas instituições que obtêm isenção devem possuir valor para todos os cidadãos, e não somente para parcela da população (Reich, 2011).

Após a Constituição Federal de 1988, as principais Leis que regulamentaram as imunidades e isenções para as entidades beneficentes de assistência social ou filantrópicas foram a Lei nº 8.212 de 1991, que estabeleceu a isenção de contribuições sociais para instituições com Certificado ou Registro de “Entidade de Fins Filantrópicos” e a Lei nº 8.742 de 1993, que dispôs sobre a organização da Seguridade Social (Brasil, 1991, 1993a). Nota-se que a Lei que dispôs sobre a Seguridade Social utilizou o termo “entidade de fins filantrópicos” em dissintonia com a nova terminologia “entidade beneficente de assistência social” adotada pela Constituição Federal de 1988.

Após a edição destas duas Leis foram elaborados diversos Decretos com o objetivo de detalhar os procedimentos necessários para a concessão do “certificado de filantropia” e, conseqüentemente, permitir a obtenção de benefícios tributários. Em um primeiro momento, o Decreto nº 752 de 1993, definiu que o “Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos” seria concedido às instituições sem fins lucrativos que atuasse, precipuamente, no sentido de promover gratuitamente assistência de saúde. Ressalta-se que o termo “precipuamente” utilizado no Decreto evidencia que o conceito de entidade beneficente de assistência social, conforme previsto na Constituição, de fato não foi adotado pelo órgão executivo, pois relativiza características da assistência social - a gratuidade e o acesso generalizado - ao incorporar o termo precipuamente, ou seja, principalmente (Brasil, 1993b).

Nesta primeira disposição, como regra para obter a isenção tributária na área da saúde, a instituição deveria aplicar anualmente pelo menos 20% da sua receita bruta em gratuidade, além de outros requisitos essenciais, como: tempo mínimo de constituição e funcionamento da entidade (3 anos), aplicação de sua renda em território nacional, entre outros¹. No entanto, havia também a previsão de que caso fosse destinado em média pelo menos 60% dos atendimentos aos SUS nos últimos três exercícios, a instituição faria jus ao Certificado de filantropia e, conseqüentemente, a isenção fiscal, não existindo mais a necessidade de aplicar uma parte de seus recursos próprios em gratuidade. Nesse momento, era atribuição do Conselho Nacional de Serviço Social (CNAS) julgar a condição de entidade de fins filantrópicos, que tinha validade de três anos, bem como cancelar o certificado caso os requisitos não fossem cumpridos.

Destaca-se a existência de privilégio para determinados grupos de hospitais, como as Santas Casas e os hospitais filantrópicos filiados à Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que podiam atestar a destinação de atendimentos ao SUS por meio de ofício protocolado nos Conselhos de Saúde (Municipal ou Estadual), e não por convênio assinado com o gestor do SUS. Por outro lado, para os demais hospitais filantrópicos, a aplicação mínima de 60% de atendimentos ao SUS precisava

¹ Outros requisitos previstos: estar registrada no Conselho Nacional de Serviço Social; aplicar as subvenções recebidas nas finalidades a que a instituição esteja vinculada; não remunerar e nem conceder vantagem ou benefício a seus diretores, sócios, instituidores ou benfeitores; não distribuir resultados, dividendos, bonificações ou parte do patrimônio; em caso de dissolução o patrimônio remanescente fica destinado a outra entidade congênere e não constituir patrimônio de indivíduos ou de sociedade sem caráter beneficente.

decorrer de convênio assinado com o gestor local, levando em consideração a média de produção dos últimos três anos.

Com o passar dos anos, novos Decretos foram publicados em 1998 e 2000¹ que incrementaram a exigência para a concessão do Certificado, passando a avaliar anualmente o percentual de atendimentos destinados ao SUS (mínimo de 60%), e não mais a média de produção dos últimos três anos. No entanto, nesse período também ocorre uma flexibilização ao prever diminuição do tempo exigido de constituição e funcionamento da instituição para ser certificada como filantrópica, que passou de no mínimo 3 anos para apenas 1 ano.

A partir de 2002² começa a acontecer movimentos sucessivos de flexibilização e ampliação das possibilidades para obtenção do Certificado, que agora passa a ter o nome de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS). A concessão e renovação deste Certificado na área da saúde se torna de responsabilidade do Ministério da Saúde. Neste momento, a nomenclatura do Certificado entra em sintonia com o previsto na Constituição de 1988. Embora tenha adotado a nomenclatura correta, o conceito para sua obtenção continuou equivocado, persistindo mais próximo ao de filantropia.

A partir deste momento, cria-se uma alternativa para obtenção do Certificado sem precisar aplicar recursos próprios em gratuidade ou ofertar 60% dos serviços ao SUS: ser considerado hospital estratégico pelo Ministério da Saúde. Nesta nova situação, o Hospital reconhecido como estratégico desenvolve, como contrapartida para obter os benefícios tributários, projetos ligados ao Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI). Os projetos deste apoio institucional são apresentados pelas entidades de saúde ao Ministério da Saúde, que os analisa por meio de suas Secretarias competentes ou entidades vinculadas, e uma vez aprovados, são pactuados mediante Termo de Ajuste com vigência de três anos. Esses projetos são executados pelas entidades de saúde com os recursos da isenção fiscal usufruída (contribuições sociais) a que têm direito em função do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS). Atualmente, o Ministério da Saúde reconhece no país cinco hospitais como de excelência que podem apresentar projetos de apoio ao SUS em troca de isenção de contribuições sociais, sendo eles: Hospital Alemão Oswaldo Cruz,

¹ Decreto nº 2.536 de 1999 e Decreto nº 3.504 de 2000.

² Decreto nº 4.327 de 2002; Decreto nº 4.481 de 2002; Decreto nº 5.895 de 2006; Lei nº 12.101 de 2009; Lei nº 12.868 de 2013 e Lei nº 13.650 de 2018.

Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinho dos Ventos e Hospital Sírio Libanês. Quatro hospitais estão localizados no município de São Paulo e um no município de Porto Alegre. Os valores calculados das renúncias previdenciárias (contribuições sociais) dos hospitais de excelência entre 2015 a 2017 foi de aproximadamente R\$ 2 bilhões.

Além disso, observou-se que de 2002 a 2018 ocorreram mais mudanças normativas que facilitaram a obtenção e renovação do CEBAS, sendo a Lei nº 12.101/2009 a legislação mais atual que regulamenta a certificação (Brasil, 2009a). Até 2019 são sete as possibilidades de aquisição do Certificado para usufruir de benefícios fiscais, conforme demonstrados na figura a seguir:

Figura 2 - Possibilidades para aquisição do CEBAS até novembro de 2019

Uma mudança considerável introduzida em 2009 pela Lei nº 12.101 foi a possibilidade do percentual mínimo de atendimento ao SUS de 60% poder ser considerado de forma individualizada por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimento de saúde da pessoa jurídica, desde que não abranja outra entidade com personalidade jurídica própria. Além disso, permite que no conjunto de

estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica possa ser incorporado aquele vinculado a instituição por força de contrato de gestão. Além disso, estabeleceu-se que a entidade de saúde que aderir a programas e estratégias do Ministério da Saúde fará jus a um percentual de até 10% a ser incorporado ao total de prestação mínima de serviços ao SUS¹.

Outro ponto importante para destaque foram as diversas anistias para instituições que passaram anos descumprindo as regras existentes. Em 2013 ocorre uma flexibilização envolvendo a avaliação dos requisitos de certificação no momento da solicitação de concessão e renovação do certificado. No caso do não cumprimento dos requisitos legais no exercício anterior a solicitação de concessão e renovação do CEBAS, o Ministério da Saúde avaliava se em todo o período da certificação em curso houve o cumprimento da destinação de 60% dos serviços ao SUS - Lei nº 12.868/2013 (Brasil, 2013b).

Na mudança mais recente ocorrida em 2018 (Lei nº 13.650/2018), embora tenham sido mantidas as mesmas regras para a concessão do certificado, houve uma nova flexibilização, permitindo que análise do exercício do ano de 2017, para a concessão ou renovação do CEBAS, possa considerar como instrumento congênere de contratualização, apenas uma declaração do gestor local do SUS que ateste a existência de prestação de serviço com a entidade (Brasil, 2018c). Embora tenha anistiado uma comprovação mais rígida dos requisitos previstos em Lei para fazer jus ao Certificado e a isenção, também estabeleceu que constitui ato de improbidade administrativa transferir recurso a entidade privada, em razão da prestação de serviços na área de saúde, sem a prévia celebração de contrato, convênio ou instrumento congênere. Portanto, a Lei que anistia por um ano a ausência de instrumento contratual com o gestor do SUS, torna ato de improbidade a ausência deste instrumento.

Paralelamente aos movimentos de mudanças legislativas, ocorreram diversos questionamentos jurídicos da Constitucionalidade da Lei e de Decretos que regulamentavam a concessão deste Certificado (CEBAS). Em 2001, a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) ajuizou ação

¹ O Ministério da Saúde avalia o 60% de prestação de serviços ao SUS da seguinte forma: as internações são medidas pelo número de paciente-dia (SUS e privados) e pelo número de atendimentos e procedimentos ambulatoriais. A participação do componente ambulatorial pode acrescentar percentual máximo de 10% à prestação de serviços SUS. Os dados registrados no SIH, no SIA e na CIHA são utilizados para a comprovação da prestação de serviços ao SUS. A adesão do hospital as ações prioritárias do Ministério da Saúde podem crescer até 10% na composição dos serviços prestados ao SUS.

Direta de Inconstitucionalidade (ADI nº 2.228) questionando a competência do CNAS em fornecer o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos e em fixar as normas para a sua concessão (Brasil, 2001).

Em 2007, a Sociedade Beneficente de Parobé, mantenedora do Hospital São Francisco de Assis, interpôs Recurso Extraordinário (RE nº 566.622) sustentando que a norma apta para regulamentar a imunidade tributária prevista na Constituição é o artigo 14 do Código Tributário Nacional (CTN), que prevê apenas três requisitos para o gozo da imunidade:

- a) Não distribuir qualquer parcela do patrimônio ou da renda, a qualquer título;
- b) Aplicar integralmente no país os recursos para a manutenção dos objetivos institucionais; e
- c) Manter escrituração das receitas e despesas em livros revestidos de formalidade capazes de assegurar sua exatidão (Brasil, 2007).

Todas essas previsões não preveem nenhum tipo de contrapartida ao SUS ou aplicação de recursos em gratuidade, e estão em dissintonias com as características da assistência social, principalmente nos quesitos gratuidade e acesso generalizado a população.

Recentemente, em 2017, o Supremo Tribunal Federal (STF) concluiu o julgamento deste Recurso Extraordinário (RE) e da ADIN nº 2.228, fixando o entendimento de que as normas para regulamentação das imunidades tributárias devem estar dispostas em Lei complementar, conforme previsão constitucional (artigo 146, inciso II, da CF/88¹). Como atualmente os requisitos previstos para a concessão da isenção as instituições estão em Lei Ordinária e Decretos, enquanto não editada nova Lei Complementar sobre a matéria, são somente os requisitos aludidos no artigo 14 do Código Tributário Nacional os necessários para fazer jus a isenção e, conseqüentemente, a certificação (CEBAS).

Atualmente também há duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI nº 4.480 e 4.891) que questionam a Lei Ordinária nº 12.101 de 2009, que atualmente é a que regula a concessão do CEBAS. A primeira foi proposta em 2010 pela Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino (COFENEN) e a segunda foi proposta pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil em 2012 (Brasil, 2010, 2012c). Argumentam que a referida Lei é inconstitucional por

¹ O artigo 146, inciso II da CF/88 estabelece que “Cabe a lei Complementar: II- regular as limitações constitucionais ao poder de tributar”.

disciplinar matéria reservada à Lei complementar – imunidade tributária. As duas ações aguardam julgamento pelo Supremo Tribunal Federal (STF). No entanto, o precedente vigente no tribunal aponta para a inconstitucionalidade da atual Lei que regulamenta a concessão do CEBAS, pois no caso há de fato uma Lei ordinária disciplinando imunidade tributária, situação que vem sendo apontado pela jurisprudência do STF como inconstitucional por necessitar de Lei Complementar.

Estimativas do Governo Federal apontam que esta decisão do STF pode causar perda de arrecadação de R\$ 15 bilhões por ano. Se levarmos em consideração a possibilidade de restituição dos impostos pagos indevidamente nos últimos 5 anos ao da decisão, este montante soma R\$ 73 bilhões, valor que representa mais da metade (56%) do orçamento previsto para o Ministério da Saúde no ano de 2018 (Racanicci, 2018; Brasil, 2019d). Além disso, uma eventual declaração de inconstitucionalidade da Lei nº 12.101 de 2009 poderia gerar uma lacuna legislativa que desobrigaria as entidades a realizarem atendimentos pelo SUS, pois nessa situação não haveria contrapartidas exigidas para que tais entidades usufríssem da referida imunidade tributária. É importante frisar que as contrapartidas constituem a principal razão para a concessão e manutenção do benefício fiscal, visto que representam uma forma de prestação indireta de serviços pelo Estado, em especial em áreas que a ação governamental não é suficiente, como a área da saúde.

Diante da possibilidade de declaração de inconstitucionalidade da Lei 12.101 de 2009, foi apresentado recentemente o Projeto de Lei Complementar nº 433 de 2017¹, com o objetivo de estabelecer as condições legais para entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, gozarem da imunidade tributária das contribuições para a seguridade social. O Projeto foi arquivado pelo Congresso no início de 2019.

Como podemos verificar ao longo deste capítulo, ocorreram inúmeras mudanças legislativas e normativas no que tange a regulamentação da concessão de Certificado Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), em algumas situações com aumento da exigência para concessão, como foi o caso das modificações ocorridas de 1993 para 1998. No entanto, a partir de 2002 observou-se um movimento de flexibilização e ampliação das possibilidades para obtenção e

¹ Informações sobre a tramitação e o arquivamento do Projeto de Lei Complementar nº 433 de 2017 podem ser consultadas em:
<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2158315>>

renovação do CEBAS, situação que permanece até os dias de hoje. Dentro desse cenário, um pequeno grupo de hospitais pode continuar obtendo a sua isenção fiscal e o certificado CEBAS mediante a realização de projetos de apoio ao SUS, por outro lado, a grande maioria dos hospitais portadores do CEBAS necessita destinar 60% do total de atendimentos ao SUS e/ou aplicar parte da receita em ações de gratuidade.

Também é importante enfatizar a quantidade de decretos e Leis que foram produzidas entre 1993 a 2018 para regulamentar as condições e o processo de concessão de certificado, dado que expõem as dificuldades que o Estado tem encontrado para regular essa temática. A morosidade do Poder Legislativo em editar uma Lei Complementar que fixe os parâmetros e as regras para a obtenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social provoca uma insegurança jurídica sobre o tema e pode gerar perdas expressivas de arrecadação para o Estado e prejuízo aos atendimentos do SUS.

Os benefícios tributários da Certificação dos Hospitais sem fins lucrativos

Conforme citado anteriormente, após a obtenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), a instituição faz jus a imunidade ao pagamento das contribuições sociais e de impostos, desde que atenda todos os requisitos previstos na Lei¹. Desta forma, a certificação é o primeiro requisito a ser cumprido para usufruir da imunidade tributária. Cabe destacar que os benefícios tributários na área da saúde para hospitais possuem natureza compensatória, pois visam complementar atividades que são típicas do Estado, como a prestação de ações e serviços em saúde.

No tocante as contribuições sociais, as instituições com CEBAS possuem direito as seguintes imunidades (Brasil, 2009, 2017c):

- a) 20% sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas, a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados e

¹ Os requisitos cumulativos previstos na Lei 12.101 de 2009 para a obtenção das isenções fiscais pelas entidades beneficentes certificadas com o CEBAS estão previstos no artigo 29 da referida Lei, e englobam basicamente o não recebimento por parte de dirigentes remuneração ou vantagens e benefícios, com exceção de quem atua na gestão executiva; a aplicação da sua renda em território nacional, a manutenção da escrituração contábil de receitas e despesas; a não distribuição resultados; e regularização do pagamento do FGTS.

trabalhadores avulsos que lhes prestam serviços à instituição, que são destinadas à Previdência Social - INSS;

b) 1% (risco leve), 2% (risco médio) ou 3% (risco grave) incidente sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas, a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos que lhes prestam serviços, para o financiamento dos benefícios concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho. O enquadramento nos correspondentes graus de risco é de responsabilidade da empresa, que deverá fazê-lo mensalmente, com base na atividade econômica preponderante;

c) 15% incidentes sobre o valor bruto da nota fiscal ou fatura de serviços prestados por cooperados por intermédio de cooperativas de trabalho, destinadas a Previdência Social;

d) Contribuição incidente sobre o lucro líquido (CSLL), destinada à seguridade social;

e) Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) incidente sobre o faturamento, destinada à seguridade social;

f) Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep), incidente sobre a receita bruta, destinada à seguridade social.

g) Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep) incidente sobre a folha de salários, destinada à seguridade social – entendimento recente da Receita Federal baseado em jurisprudência do STF.

Além das isenções as Contribuições Sociais, há também isenção para o pagamento de impostos, como o Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) e demais impostos municipais e estadual. Destaca-se que com um entendimento mais abrangente para a concessão do CEBAS que vem vigorando nas legislações e no entendimento atual do STF, o impacto na arrecadação de recursos destinados à seguridade social, que abrange Previdência Social, Saúde e Assistência Social, tenderá a aumentar, justamente em um momento de dificuldade de crescimento do país.

É importante frisar que as principais fontes da seguridade social são as contribuições previdenciárias (cota patronal), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), a COFINS, e o PIS/Pasep, todos imunes para as entidades certificadas com o CEBAS (Cysne, 2017). As renúncias nas Contribuições Sociais afetam diretamente o financiamento da Seguridade Social (previdência, saúde e assistência social) e atualmente representam uma subtração de aproximadamente 18,7% da receita de Contribuições Sociais, situação que abarca todos os tipos de renúncias e não somente as concedidas para as instituições portadoras do CEBAS;

Importante destacar que atualmente o Governo Federal tem apresentado o resultado da seguridade social do país com déficit de mais de R\$ 239 bilhões, e sinalizando um aumento deste déficit de 650% em nove anos. Segundo dados do Tesouro Nacional, tanto o resultado previdenciário, que é o componente com as maiores despesas, quanto os resultados de saúde e assistência social, apresentam deterioração nos últimos quatro anos. Segundo dados do governo, em 2016, pela primeira vez o total arrecadado em receitas gerais não previdenciárias da Seguridade Social, como PIS/COFINS e CSLL, não foi suficiente para financiar as despesas de saúde e assistência social. Essa deterioração é agravada pela queda de arrecadação, que não acompanha a inflação, e o aumento de gastos (Brasil, 2017e).

No entanto, segundo o Balanço da Seguridade Social de 2017, apresentado pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal (ANFIP), as receitas da seguridade social nos últimos 13 anos superaram as despesas em uma média de R\$ 43 bilhões por ano. Os resultados negativos apareceram somente em dois anos, 2016 e 2017, em virtude da recessão econômica enfrentada pelo país (Machado, 2018). Aliás, só faria sentido autorizar a subtração de recursos do orçamento da Seguridade Social por meio da Desvinculação de Receitas da União (DRU) pelo reconhecimento do caráter superavitário da seguridade social. Essa subtração ocorre desde 1996, e tem como objetivo desvincular parcela de recursos das contribuições sociais (atualmente 30%) para a formação de superávits primários anuais destinados aos pagamentos de juros e amortização da dívida pública. Entre 2005 e 2016, o valor médio de recursos desviados da Seguridade Social pela DRU foi de R\$ 52,4 bilhões, valor próximo ao superávit apresentado no mesmo período (Machado et. al., 2018).

Atualmente o país enfrenta uma difícil discussão sobre a necessidade de reformas fiscais, como a da Previdência, com vista a diminuição de déficits. Esta discussão necessita perpassar pelas regras de concessão de renúncias fiscais, o que envolve diretamente os critérios para a concessão de Certificado para Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS).

Segundo dados da Receita Federal, no ano de 2016, o total de renúncia previstas para as instituições na área da saúde foi de R\$ 6,5 bilhões, valor que considera somente à isenção da Contribuição Previdenciária. Analisando uma série histórica dessas renúncias, entre 2007 a 2016, observa-se um aumento de 150% dos valores renunciados na área da saúde (Malaquias, 2017).

Se considerarmos a isenção dos demais tributos (COFINS, CSLL, PIS e IRPJ) das Entidades sem fins lucrativos da área da Assistência Social e da Saúde, este valor é de aproximadamente R\$ 3 bilhões por ano. Nos casos destes tributos não é possível separar a atividade preponderante da instituição, se de saúde ou de assistência social. Apesar desse montante expressivo, segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), o controle sobre a renúncia de receita tem ocorrido à margem do orçamento público federal, inclusive da função orçamentária de saúde (Brasil, 2017d).

Esses valores também acompanharam o crescimento dos requerimentos para a concessão do CEBAS ao Ministério da Saúde. Antes da Lei 12.101 de 2009 foram concluídos e publicado em Diário Oficial 693 requerimentos, posteriormente a Lei foram concluídos e publicados 2.381 requerimentos. Entre 2011 a 2017, a média de deferimento dos requerimentos publicado em Diário Oficial foi de 73% (Paiva; Carrijo, 2017; 2018). Segundo o Ministério da Saúde, os principais problemas que geram diligências e indeferimento do CEBAS estão relacionados a oferta do percentual mínimo de 60% dos serviços ao SUS, a existência de contratualização com o gestor do SUS, problemas com os dados registrados nos sistemas de informação em saúde oficiais e o não cumprimento de requisitos contábeis.

Atualmente existem 1.366 entidades certificadas com o CEBAS válido e publicado em Diário Oficial pelo Ministério da Saúde¹, sendo 88% das instituições com a condição de contrapartida de ofertar no mínimo 60% do atendimento ao SUS. Em fiscalização recente o Tribunal de Contas da União (TCU) avaliou a regularidade

¹ Informações retiradas de Processos Concluídos pelo Ministério da Saúde, decisões sobre o pedido de concessão ou renovação do CEBAS Saúde, disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/16/CEBAS-Publ-15-10-2019.pdf>

do processo de concessão de renúncias tributárias relacionadas a área da saúde. A motivação desta fiscalização está relacionada ao impacto fiscal dos benefícios tributários concedidos, bem como um cenário de queda de arrecadação e rigidez fiscal. Acórdão do TCU de 2014 já havia apontado fragilidades na estrutura de governança das políticas públicas financiadas por meio de renúncias tributárias, tais como: ausência de normatização do processo de instituição de renúncias tributárias; ausência de acompanhamento e de avaliação das renúncias; deficiências de comunicação sobre os benefícios tributários entre Receita Federal e órgãos gestores, como, no caso da Saúde, o Ministério da Saúde; e ausência de regulamentação sobre a gestão dos gastos tributários. Nesta nova fiscalização, o TCU observou a existência de elevado número de certificados concedidos com vigência até 2016 ainda não supervisionados. Como regra geral, o Ministério da Saúde realizou o processo de supervisão dos certificados no período de vigência da certificação, salvo existência de denúncia ou apuração de alguma irregularidade no momento da renovação. Cabe ao Ministério da Saúde verificar cinco requisitos para certificação e renovação: se a entidade é pessoa jurídica sem fins lucrativos, se a empresa possui em seu ato constitutivo a destinação do seu patrimônio em caso de dissolução para entidades congêneres ou públicas, se há contrato ou instrumento congênere com o gestor do SUS, se presta de fato seus serviços ao SUS e se comprova anualmente essa prestação de serviço. Os demais requisitos previstos na Lei nº 12.101 de 2009 relacionados a escrituração e demonstração contábil, remuneração de dirigentes, entre outros, são de responsabilidade da Receita Federal (Brasil, 2018a).

Nesta fiscalização do TCU há o apontamento da necessidade de aprimorar o modelo de supervisão do CEBAS, bem como a necessidade de verificar a materialidade do benefício fiscal usufruído pela entidade, mesmo que de forma indireta, como o valor pago em função da prestação de serviços ao SUS. Dessa forma, verifica-se que não existe uma análise para verificar a economicidade das isenções e as contrapartidas ao SUS, para observar em quais situações há viabilidade ou não (Brasil, 2018a).

O TCU também realizou fiscalização no programa PROADI buscando verificar a compatibilidade entre os dispêndios nos projetos do programa e o valor das contribuições sociais usufruída pelas entidades participantes. Estima-se que desde 2012 o programa possibilitou a renúncia de mais de R\$ 3 bilhões para as entidades

participantes. Nesta fiscalização, verificou-se que o Ministério da Saúde não avalia os benefícios dos projetos desenvolvidos para o SUS, apenas acompanha o progresso das atividades planejadas e o seu dispêndio de recursos. Além disso, concluiu-se que há falta de parâmetro para mensurar os custos diretos do projeto, e consequentemente o seu real custo; falta de análise por parte do Ministério dos custos indiretos; não utilização de expertise do hospital de excelência no projeto executado; e nos projetos assistenciais os valores pagos foram maiores que os normalmente são contratualizados pelo gestor do SUS (Brasil, 2018b). Estes resultados de auditorias do TCU evidenciam a necessidade de o Estado avaliar o bem social produzido pelos benefícios fiscais, bem como para a eficiência com o qual ele é produzido.

Os hospitais de ensino: certificação, características e sua inserção no Sistema Único de Saúde

De acordo com definição do Ministério da Saúde, os hospitais de ensino são estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, e que servem de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde, sendo certificados conforme o estabelecido na legislação do Programa de Certificação de hospitais de ensino¹. Os hospitais de ensino são classificados em Hospital Universitário, Hospital Escola, e Hospital Auxiliar de Ensino. O primeiro pertence ou é gerenciado por uma universidade, enquanto o segundo pertence ou é gerenciado por uma escola médica, e, por fim, o terceiro está vinculado a uma instituição de ensino superior (Bittar; Mendes, 2018).

Os hospitais de ensino possuem grande importância no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), pois são referência no atendimento de alta complexidade, desenvolvem pesquisas, são polos formadores de recursos humanos e incorporam novas tecnologias que auxiliam na melhoria da qualidade de vida da população

¹ Conceito de hospitais de ensino adotado pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/programa-interministerial-de-certificacao-de-hospitais-de-ensino>

(Bittar et al., 2010). Desta forma, apresentam uma natureza diferenciada dos demais hospitais, pois possuem como foco, além da assistência à saúde, o ensino e a pesquisa científica. Os hospitais de ensino constituem os serviços mais onerosos e complexos do SUS.

No Brasil existem 202 hospitais de ensino certificados e vinculados ao SUS. No Estado de São Paulo estão presentes 52 hospitais de ensino certificados e contratualizados com o SUS, dos quais 11 pertencem ao governo do Estado. A Portaria Interministerial nº 285 de 2015¹ estabelece os requisitos necessários para que o hospital seja certificado como Hospital de Ensino, sendo esta uma atribuição conjunta do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. Entre os principais requisitos para obter a certificação estão presentes: ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde para programas de residência médica e em outras áreas profissionais da saúde; ofertar programa de residência médica ou multiprofissional; ter no mínimo 80 leitos em caso de hospitais gerais e 50 leitos em caso de hospitais especializados; prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta de seus leitos sob regulação do gestor do SUS; e possuir instrumento contratual formal vigente com o gestor do SUS. Em portaria anterior, havia o requisito dos HE dedicarem no mínimo de 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao SUS, e sendo público o hospital, deveria assumir o compromisso de ampliar gradualmente a porcentagem de atendimento SUS, até atingir 100%, num prazo de dois anos (a partir de 2007), sendo asseguradas as condições de equilíbrio econômico-financeiro no convênio com o gestor local do SUS².

A Certificação de Hospital de Ensino pode ser do tipo I ou tipo II, dependendo da pontuação obtida pelo hospital na avaliação dos requisitos essenciais. Ao ser certificado, o hospital passa a receber um valor de Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) de no mínimo 50% da série histórica de referência da produção total da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, podendo este percentual chegar até 60% para os hospitais certificados como tipo II.

A produção dos hospitais de ensino no Estado de São Paulo é significativa para o SUS. No ano de 2018, 28% do total de internações do Estado de São Paulo

¹ A Portaria Interministerial nº 285 de 2015 Redefine o Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html

² A Portaria Interministerial nº 2.400 de 2007 estabelecia os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino, sendo revogada em 2015 pela Portaria Interministerial nº 285. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html

foram realizadas pelos hospitais de ensino, com um consumo de 48% do valor financeiro das internações do SUS no Estado. O foco do atendimento dos hospitais de ensino é voltado para o atendimento de alta complexidade, sendo que a média de procedimentos de alta complexidade do SUS no Estado de São Paulo corresponde a 8,4%, enquanto nos hospitais de ensino essa média é de 18,4% (Bittar, 2019). No entanto, também realizam expressivo atendimento de baixa e média complexidade por insuficiência da rede em prover atendimento aos casos de menor complexidade em outros equipamentos de saúde, situação que encarece os atendimentos, uma vez que são instituições de alta capacidade instalada e tecnológica, com profissionais especializados. O valor médio das internações, de acordo com a tabela SUS, realizadas nos hospitais de ensino chegam a ser duas vezes maiores em comparação com os outros hospitais da rede SUS.

Os hospitais de ensino têm enfrentado historicamente dificuldades no financiamento de suas atividades, bem como dificuldades para a efetiva integração com a rede do SUS, apesar de medidas terem sido tomadas nos anos 90 com a intenção de auxiliar o financiamento destes hospitais, como Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), que possuía como objetivo estimular as atividades de ensino e pesquisa. No entanto, com o passar dos anos esses recursos foram incorporados ao custeio dos hospitais, como medida para auxiliar no financiamento destes hospitais que passavam por problemas financeiros. O cenário dos anos 2000 ainda era de crise nos hospitais de ensino.

Visando sanar essas dificuldades em 2004 foi criado o Programa de Reestruturação dos hospitais de ensino, que também tinha como foco, além da certificação desses hospitais, integrá-los ao SUS por meio da contratualização de metas com os gestores locais do SUS. Tanto a adesão ao Programa de Reestruturação, quanto a contratualização com o SUS, envolvem recebimento de incentivos financeiros. Os hospitais de ensino passaram a ter o seu financiamento composto da seguinte forma: recebimento de recursos pela produção da Média e Alta complexidade (MAC), conforme pactuação com o gestor local do SUS; os recursos de incentivos, como o Incentivo à Contratualização (IAC) e o Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH); e os recursos da produção do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cujo mecanismo de financiamento ocorre pelo pagamento por produção. Além disso, cabe ressaltar que alguns

hospitais de ensino também recebem complementação orçamentária do Estado, que em muitas situações representam um recurso expressivo, maior que o próprio faturamento da produção MAC do hospital.

➤ **Características da natureza jurídica dos hospitais de ensino do Estado de São Paulo**

Observando a natureza jurídica dos 52 hospitais de ensino que o Estado de São Paulo possui, verifica-se que a maior parte (56%) é composta por hospitais públicos, tanto da administração direta e indireta, sendo a outra parcela (44%) composta por hospitais filantrópicos (Quadro 2). A maior parte dos hospitais de ensino (62%) estão sob gestão estadual.

Quadro 2 - Número de hospitais de ensino do Estado de São Paulo, segundo natureza jurídica. São Paulo – 2019

Natureza Jurídica	Nº	%
Filantrópica	23	44%
Administração Pública	29	56%
Direta	12	-
Autarquia	11	-
OSS	6	-
Total HE	52	100%

Fonte: SAHE

Do total de hospitais de ensino no Estado, 27 (52%) atendem beneficiários de planos privados de saúde, segundo informações do registro de produção na Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), sistema que registra informação de atendimento a pacientes com atenção custeada por planos privados de assistência à saúde. Destes 27 hospitais que atendem pacientes de planos privados de saúde, 21 (78%) são hospitais de natureza jurídica filantrópica, com os outros 6 (22%) hospitais de natureza jurídica pública, com administração indireta (autarquias) e direta (por meio de fundação de apoio).

Embora os hospitais públicos sejam a maior parcela dos hospitais de ensino (56%), 6 (20%) realizam atendimento a beneficiários de planos privados de saúde. O diferencial destes 6 hospitais públicos que oferecem atendimento à saúde suplementar está no fato de serem do Governo do Estado e possuírem fundações privadas, que apoiam as atividades dos hospitais. Estas fundações de apoio, por serem de natureza privada, estão aptas a realizarem contratos com operadoras de planos privados de saúde e, conseqüentemente, oferecem como rede prestadora de serviços para assistência à saúde a infraestrutura do próprio hospital público. Além disso, essas fundações são utilizadas pelos hospitais públicos para contratação de recursos humanos sem concurso público, para complementação de salário, realização de contratos sem a disciplina da Lei de licitações, além de receberem valores do faturamento da produção SUS, bem como valores de convênios celebrados com os entes federados (União, Estado e Municípios). A justificativa para a adoção deste modelo reside no argumento de que essas fundações de apoio possibilitam uma gestão mais ágil e flexíveis aos hospitais.

Os demais 23 hospitais públicos de ensino que não atendem beneficiários da saúde suplementar são os próprios do Estado, da administração direta, incluindo os gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), que não possuem fundações de apoio privada. A natureza jurídica destes hospitais os impede, por força de Lei, de firmarem contratos diretamente com operadoras privadas de planos de saúde para atendimento de beneficiários deste mercado. No entanto, já ocorrem tentativas de mudança legislativa com o intuito de permitir que os hospitais públicos gerenciados por OSS atendam beneficiários da saúde suplementar, como veremos mais adiante.

Por outro lado, dos 23 hospitais de ensino que possuem natureza jurídica filantrópica, 87% (20 hospitais) realizam atendimento à saúde suplementar na mesma estrutura hospitalar em que são realizados os atendimentos SUS. Outros 3 (13%) hospitais de ensino filantrópico, apesar de não realizarem esses atendimentos privados na mesma estrutura física que os atendimentos SUS, realizam atendimentos em outras estruturas físicas mantidas pela mesma instituição mantenedora.

3.2 O Fenômeno da Dupla Porta em Hospitais Públicos e Filantrópicos

O fenômeno conhecido como “dupla porta”, ou “segunda porta” ou “dupla fila” consiste em atender clientes de planos de saúde, particulares e usuários do SUS em um mesmo hospital ou serviço de saúde. Isso implica em receber, encaminhar e acomodar usuários de forma diferenciada em um mesmo estabelecimento, conforme a modalidade de pagamento.

O fenômeno da dupla porta cria dois tipos de acesso diferenciados. Para os pacientes com planos de saúde ou que pagam diretamente pelas consultas, procedimentos ou internações, há um atendimento prioritário e com hotelaria diferenciada para consultas e internação. Por outro lado, para os pacientes do SUS há dificuldades no acesso, longas filas, meses ou anos de espera, e a hotelaria, em alguns casos, precária (Salazar et al., 2006; Santos, 2014).

Ao abrir portas de entrada diferenciada para usuários dos dois subsetores, público e privado, há a adoção de um procedimento que segrega e exclui os usuários do SUS, tanto no momento e na forma de entrar no hospital, quanto no percurso no interior da instituição (Cohn et al., 2002).

Ocorre uma inversão no critério de atendimento, que ao invés de priorizar os usuários mais graves, que mais necessitam do acesso aos recursos de saúde, prioriza de fato quem tem melhor capacidade de pagamento, dividindo a população brasileira em pagantes e não pagantes para fins de atenção à saúde (Bahia, 2011).

Esta desigualdade de acesso foi constatada em auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), a qual verificou a existência de diferenciação de instalações disponibilizadas e facilidades de agendamento de consultas, exames e internações, situações que proporcionam maior rapidez na prestação dos serviços para beneficiário de planos de saúde, quando comparados com os usuários do SUS (Brasil, 2015a).

Os principais argumentos utilizados pelos gestores hospitalares para adoção da dupla porta estão relacionados com a necessidade de aumentar o aporte de recursos financeiros ao hospital, que ao final, seria revertido para a própria sustentabilidade do hospital e dos atendimentos SUS, e a possibilidade de manter os médicos docentes se dedicando integralmente, no caso de hospitais universitários e de ensino (Silva et al., 2016).

A insuficiência de um adequado financiamento público para os serviços de saúde vem sendo utilizada como justificativa para que os dirigentes de instituições

públicas busquem recursos adicionais fora do SUS e dos orçamentos públicos (Brasil, 2015a).

Há gestores hospitalares que reconhecem o risco de discriminação que ocorre por conta da segmentação entre pagantes e não pagantes, além do risco da utilização de recursos públicos para custear despesas com atendimentos a beneficiários de planos privados de saúde (Silva et al., 2016).

A dupla porta, ao possibilitar maior rapidez no atendimento e condições diferenciadas de acomodação para pacientes com planos de saúde, fere o princípio do acesso igualitário do SUS e o princípio da impessoalidade, que deve reger a administração pública (Teixeira; Patrício, 2011).

Também há que se ponderar a diferente capacidade instalada disponível para usuários do SUS e beneficiários de planos de saúde no país. A saúde suplementar possui atualmente 3,4 leitos para cada mil beneficiário, em contrapartida, o SUS possui 2,4 leitos para mil usuários (Machado et al., 2015). Os leitos de UTI, no caso do SUS essa razão é de 1,04 leito de UTI para cada grupo de 10 mil habitantes, enquanto a rede de saúde suplementar há 4,84 leitos para cada 10 mil beneficiários de planos de saúde – quase cinco vezes a oferta da rede pública (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Sob o aspecto jurídico, não há normas que autorizem o atendimento adicional de beneficiários de planos de saúde como forma de fonte alternativa de receita. Nesta situação há que se considerar o princípio da legalidade que restringe a atuação dos gestores públicos apenas ao que a lei permite, ao contrário do que ocorre em relação ao setor privado, no qual há liberdade de atuação desde que Lei não proíba.

Pelo fato do valor dos procedimentos da tabela SUS serem insuficientes e defasados, abre-se a discussão para que o atendimento a beneficiários de planos de saúde e particulares financiem os hospitais, suprimindo, dessa forma, o subfinanciamento público. No entanto, não se discute que muitos desses hospitais, além de receberem o faturamento da produção SUS, também recebem dotações orçamentárias, além de outros repasses por meio de convênios e subvenções.

➤ **O ressarcimento ao SUS e a dupla porta**

Um argumento utilizado como forma de justificar a adoção da dupla porta em hospitais públicos é o da ineficácia do ressarcimento ao SUS e pelo fato dos recursos ressarcidos ao Poder Público não voltarem diretamente para a unidade de saúde que prestou o atendimento. A premissa parte do pressuposto de que os hospitais públicos atendem usuários que possuem planos de saúde, mas que esses recursos não retornam ao hospital que realizou o atendimento, mas sim ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Se os recursos do ressarcimento ao SUS fossem direcionados às unidades prestadoras de serviços, haveria um estímulo a adoção e ampliação da dupla porta em hospitais públicos, uma vez que os gestores poderiam receber diretamente por esses atendimentos prestado.

O ressarcimento ao SUS, criado pela Lei nº 9.656 de 1998 e regulamentado pela ANS, consiste na obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do SUS no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos (Brasil, 1998a). Atualmente os beneficiários de planos de saúde são atendidos em unidades de saúde do SUS e posteriormente, de forma administrativa, a ANS cruza os dados dos sistemas de informação do SUS com o sistema de informação sobre beneficiários da agência para identificar os atendimentos a beneficiários de planos de saúde, excluindo aqueles casos em que não havia de fato previsão contratual para cobertura. A ANS então notifica a operadora de plano de saúde sobre o atendimento. Entra-se então na fase recursal, momento no qual a operadora pode contestar as identificações em duas instâncias administrativas. Caso comprove que os serviços prestados no atendimento identificado não têm cobertura contratual, a identificação é anulada. Se ficar demonstrado que o contrato cobre apenas parte do atendimento, a identificação é retificada. O objetivo do ressarcimento ao SUS é evitar o enriquecimento sem causa das operadoras de planos de saúde, evitar o custeio de atividades privadas com recursos público e regular os planos de assistência à saúde.

Preclusa a faculdade de impugnar ou recorrer, ou decidida em última instância administrativa, e mantida a identificação integralmente ou parcialmente, a ANS encaminha para a operadora uma notificação de cobrança dos valores devidos, a qual tem o prazo de 15 dias para pagamento ou parcelamento. Caso os valores devidos não sejam pagos ou parcelados no prazo, a operadora fica sujeita

à inscrição no Cadastro Informativo (CADIN) dos créditos de órgãos e entidades federais não quitados, à inscrição em dívida ativa da ANS e à execução judicial.

É importante destacar que a ANS enfrentou diversas dificuldades para concretizar de forma eficiente o ressarcimento ao SUS. Em relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) verificou-se que havia morosidade por parte da ANS na análise e na cobrança dos processos, o que dificultava o efetivo ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde (Brasil, 2009b). No início de 2017, o TCU aprovou as medidas adotadas pela ANS para aprimorar o processo de ressarcimento ao SUS, visando cumprir as recomendações de auditoria já realizada pelo órgão de controle externo. Entre as medidas estão o processamento das Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC) e a inscrição das operadoras inadimplentes no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal –CADIN – (Brasil, 2017g).

A figura do ressarcimento ao SUS é alvo de discussão de sua constitucionalidade em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI nº 1.931) que aguarda julgamento no STF desde 2001. No entanto, há até o momento uma medida liminar que garante a constitucionalidade desse instituto (Brasil, 1998b).

Mudanças na forma de recebimento pelo SUS dos valores ressarcidos pelas operadoras de planos de saúde pode consistir em risco de ampliação da dupla porta em hospitais públicos.

3.2.1 Os movimentos do legislativo e do judiciário em relação à dupla porta

➤ Propostas em âmbito nacional

Em 1999 é proposto Projeto de Lei do Senado (PL nº 449/1999) com o objetivo de alterar o artigo 43 da Lei nº 8.080/1990 e possibilitar aos hospitais universitários captar recursos provenientes de internações hospitalares. O primeiro artigo do Projeto de Lei estabelecia que os Hospitais Universitários e de Ensino poderiam destinar até 25% dos seus leitos operacionais a “pacientes que disponham a pagar pela assistência prestada ou que se encontrem cobertos por planos ou seguros de saúde”, desde que em condições similares a assistência prestada ao

SUS, admitindo apenas diferenciação no padrão de hotelaria. O Projeto também estabelecia que os recursos obtidos desses atendimentos privados deveriam ser utilizados integralmente para a manutenção do hospital e para melhorar as condições de atendimento (Brasil, 1999).

Em 2001 ocorreu a primeira votação deste PL que acabou sendo rejeitado pela maioria dos senadores. Em 2002, a Comissão de Assuntos Sociais propôs nova redação, que permitia aos hospitais universitários e de ensino destinarem parte de sua capacidade instalada a particulares e planos de saúde, mediante ressarcimento, em condições similares às da assistência prestada aos demais pacientes do SUS, admitindo-se diferenciações apenas no padrão de hotelaria, ficando vedada a dupla fila de agendamentos para atendimento eletivo. O Projeto tramitou por 7 anos no Senado, sendo arquivado no início de 2007.

Ainda no Senado Federal foram propostos outros 2 Projetos de Lei em 2015 (PL 308/2015; 485/2015) com o objetivo de permitir a descentralização do ressarcimento ao SUS pelos atendimentos realizados aos beneficiários de planos de saúde, alterando dispositivo da Lei nº 9.656 de 1998, que determina a restituição do valor total da despesa ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Essas mudanças propostas visam permitir que Estados e Municípios sejam diretamente ressarcidos quando o atendimento se der em estabelecimentos a eles vinculados (Brasil, 2015d,e) Em 2016, a Advocacia Geral da União (AGU) emitiu um parecer junto ao Ministério da Saúde, via memorando nº 219 de 2016, admitindo a possibilidade do ressarcimento ao SUS ocorrer de uma forma diferente da prevista na Lei nº 9.656 de 1998. Neste parecer, é avaliado como admissível que os estabelecimentos de saúde realizem contratos individualizados entre unidades prestadoras de serviços públicos e operadoras de planos de saúde.

Nas justificativas desses Projetos, há o argumento de que o direcionamento dos recursos do ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde prejudica o ente da Federação no qual se situa o estabelecimento que realizou o atendimento, citando também a ineficiência da ANS em efetivar este ressarcimento. No entanto, cabe destacar que essas propostas de mudança no formato do ressarcimento ao SUS pode permitir uma integralização da rede pública de serviços de saúde do SUS aos serviços credenciados/contratados pelos planos de saúde privados. Essa estratégia pode auxiliar na redução dos custos das operadoras de saúde com os cuidados em saúde. Na prática uma operadora de plano de saúde poderia contar com um hospital

público em sua rede credenciada de serviços, situação que pode conduzir a oficialização do fenômeno da dupla porta, com atendimento a pacientes com pagamento pelo SUS e por planos de saúde privados nas mesmas unidades públicas de saúde.

O PL 308/2015 foi aprovado pelo Senado em março 2018, sendo submetido à Câmara dos Deputados, com a previsão de que o ressarcimento efetivado pelas operadoras de planos privado de saúde terão seus créditos debitados em 20% no Fundo Nacional de Saúde e 80% no Fundo de Saúde do ente da federação ao qual é vinculado o estabelecimento onde ocorreu o atendimento. Há também a previsão de que os créditos do ressarcimento sejam 100% direcionados ao Estado e à Municípios, desde que optem, mediante convênio por fiscalizar e cobrar o ressarcimento. Na Câmara dos Deputados esta proposta, já aprovada pelo Senado, tramita no Projeto de Lei nº 9.940 de 2018, que foi apensado ao Projeto de Lei nº 7.419/2006, o qual encontra-se pronto para pauta no Plenário e tramitando no regime de urgência (Brasil, 2006). Por outro lado, o PL do Senado nº 485/2015, em virtude do prejulgamento do PL nº 308/2015 que tratava da mesma matéria, foi arquivado.

Em 2015, o Tribunal de Contas da União (TCU) votou acordão referente à auditoria realizada em hospitais públicos, a pedido do Congresso Nacional, com a finalidade de verificar a existência de diferenciação na qualidade dos serviços prestados aos usuários da rede privada, bem como analisar a contribuição dos recursos oriundos dos atendimentos privados para o funcionamento dos hospitais. A auditoria concluiu que para os pacientes atendidos por planos de saúde há diferença de instalações, com locais específicos para agendamentos de consultas, exames, procedimentos e internações, além de espaços específicos para a realização do pronto atendimento e consulta. Observou-se enfermaria com menor número de leitos ou leitos privativos; bem como comodidades de hotelaria diferenciadas (televisores, aparelhos de ar condicionado, frigobar etc.). O relatório também concluiu que há facilidades de agendamento de consultas, exames e internações, proporcionando maior rapidez na prestação dos serviços. Diante desses achados propõe o Tribunal (Brasil, 2015a):

...firmar o entendimento de que a prática de atendimentos privados em hospitais de natureza pública constitui-se em situação irregular e ilegal, que estabelece, de forma intrínseca, diferenciação de atendimento entre

usuários, mediante pagamento pelos serviços, contrariando o princípio constitucional da impessoalidade, e a garantia do acesso igualitário ao SUS...

A auditoria do TCU também apontou uma ausência de regulamentação para a atuação dos profissionais de saúde mantidos com recursos públicos e que também atuam na prestação dos atendimentos aos beneficiários de planos de saúde. Desta forma, conclui que não há mecanismos de controle pertinentes para a situação de compartilhamento dos recursos humanos envolvidos com a prestação dos serviços hospitalares. A auditoria também revelou fragilidades nos controles contábeis dos recursos privados auferidos, ausência de transparência quanto a aplicação desses recursos, bem como no controle dos custos desses atendimentos privados, o que dificulta aferir objetivamente os resultados deste tipo de estratégia. O TCU determinou que os usuários do SUS tenham o mesmo padrão de atendimento que os pacientes de planos de saúde nos hospitais públicos universitários. No entanto, o tribunal não concedeu prazo para que as unidades adotem novos procedimentos, nem previu punições para caso de descumprimento (Brasil, 2015a).

Também no ano de 2015, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou o Recurso Extraordinário 581.488, que teve repercussão geral reconhecida, relacionado a diferença de classe no SUS, a qual consiste em promover melhorias no tipo de acomodação de usuário internado pelo SUS mediante pagamento da respectiva diferença entre os valores correspondentes e na possibilidade de autorização de contratação de médico da confiança do paciente. Esta medida se aproxima da prática da dupla porta no que tange a segregação e a desigualdade no acesso (Brasil, 2015f).

Esta demanda iniciou-se em ação civil pública promovida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS), contra município de Canela/RS, o Estado do Rio Grande do Sul e a União, a qual buscava reconhecer direito a prática da diferença de classe no SUS, inclusive a não necessidade de triagem médica pelas unidades públicas de saúde para acesso a internação em hospitais públicos. Em primeira e segunda instância foi vedada a prática da diferença de classe no SUS, tendo o assunto sendo remetido via recurso extraordinário ao STF.

O tema teve um amplo debate no STF, tendo sido convocada em 2014, pelo Ministro relator do caso, audiência pública com especialistas para debater a legalidade desse tratamento diferenciado dentro de instituições públicas. O STF negou provimento ao recurso e declarou ser inconstitucional a instituição de diferença de classe no âmbito do SUS. Abaixo encontram-se em destaques trechos do voto do relator do caso no STF, Ministro Dias Toffoli, que evidencia a desarmonia deste tipo de medida com os preceitos constitucionais (Brasil, 2015f):

O Sistema Único de Saúde orienta-se, sempre, pela **equanimidade de acesso e de tratamento**; a introdução de **medidas diferenciadoras**, salvo em casos extremos e justificáveis, é **absolutamente inadmissível** (Grifos nossos).

...o legislador constituinte estabeleceu expressamente que **o atendimento público de saúde brasileiro deve pautar-se não só pela universalidade e pela integralidade do serviço, mas também pela equidade**. Não estabeleceu o constituinte, no tocante a tais requisitos, exceção alguma. Portanto, no que concerne ao Sistema Único, o tratamento igualitário é uma regra que não comporta exceções...(Grifos nossos).

Por fim, mais recentemente o Ministério Público Federal moveu uma ação civil pública contra a União, objetivando a edição de ato normativo por parte do governo federal, disciplinando que, nos contratos e convênios estabelecidos entre os gestores do SUS e as instituições privadas que participam de modo complementar no SUS, esteja presente cláusula expressa de proibição de adoção de recepções e salas de espera diferenciadas, inclusive de pronto atendimento e emergência, para pacientes particulares ou que possuem plano de saúde privado e para usuários do SUS. O Ministério Público argumentou que existem diferenças na recepção, nas acomodações, nos atendimentos e na forma de ingresso dos pacientes beneficiários de planos de saúde e dos pacientes oriundos do SUS, situação que caracteriza discriminação.

Em 2017, a ação teve o mérito julgado como procedente em primeira instância, sendo determinado a União editar um ato normativo disciplinando que, nos contratos e convênios celebrados entre gestores do SUS e instituições privadas que participam de forma complementar ao SUS, conste cláusula com expressa proibição de adoção de recepções e salas de espera diferenciadas, inclusive de pronto atendimento e emergência, uma destinada aos pacientes com planos de saúde ou particulares e outra paciente do SUS. Foi estabelecido o prazo de 30 dias para a

edição da norma regulamentadora, e de um ano para que as adequações ocorram nos novos contratos ou nos que sofreram prorrogação. Até o presente momento a norma federal não foi editada (Brasil, 2017f).

➤ **b) Propostas em âmbito estadual**

No final da década de 90, o Ministério Público (MP) de São Paulo propôs ação civil pública com o objetivo de proibir a prática da dupla porta no Hospital das Clínicas de São Paulo (HC-SP), hospital público da administração indireta. Antes de ingressar com a ação o MP tentou compor um ajustamento de conduta com o Hospital, que não foi frutífero, pois as medidas sugeridas pelo Hospital não conduziram ao término do atendimento diferenciado.

Nesta ação civil pública, do ponto de vista dos fatos, o MP relata diversas situações praticadas no HC-SP envolvendo atendimento instantâneo, ágil e em instalações diferenciadas para pacientes particulares ou com planos de saúde. Além disso, constata que os atendimentos a planos de saúde representavam naquele momento menos de 3% da receita do Hospital, sem levar em consideração os custos administrativos para a manutenção de recepções e espaços físicos separados para o atendimento de pacientes de planos ou particulares. O atendimento ao setor público que representava 97% dos recursos financeiros passa ser objeto de discriminação (São Paulo, 1999a).

No que tange ao Direito, o MP argumenta sobre o fato da Constituição Federal de 1988 vedar qualquer forma de discriminação (artigo 3, inciso IV), pois na prática a reserva de leitos, de espaço físico, a definição de prazos diferentes para exames, em face de situações clínicas iguais, consiste em uma forma de discriminação do usuário do sistema público de saúde. Além disso, a prática também fere o princípio da igualdade, exposto no caput do artigo 5º da CF/88. Na ação inicial o promotor questiona (São Paulo, 1999a):

Como admitir-se que duas pessoas, na mesma situação clínica, necessitando de um exame de apoio ao diagnóstico, tenham esse exame realizado em oportunidades distintas, quando, não raro, o prazo de atendimento é fundamental para cura?

Pela ausência de Lei que autorize a prática da dupla porta, o princípio da legalidade, exposto nos artigos 5º, inciso II e 37, caput, ambos da CF/88, é violado,

pois nenhum agente público pode agir sem fundamento em uma Lei. Também sinaliza o desrespeito ao princípio da impessoalidade, o qual exige que o Estado permaneça em situação de neutralidade diante dos cidadãos, não podendo discriminar usuário em virtude da situação econômica de quem solicita o serviço público. A CF/88 (artigo 203, inciso IV) também estabelece que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade, o que configura mais uma violação constitucional (Brasil, 1988).

Por fim, destaca-se o fato da própria Constituição do Estado de São Paulo prever em seu artigo 222, inciso V, que as ações e os serviços de saúde executados e desenvolvidos pelos órgãos e instituições públicas estaduais e municipais devem ser gratuitos, sendo vedada a cobrança de despesas e taxas, sob qualquer título. Portanto, a previsão constitucional não permite de forma taxativa a existência de serviços remunerados por empresas privadas, dentro dos serviços públicos de saúde (São Paulo, 1989).

No campo infraconstitucional há afronta ao princípio da universalidade, exposto no artigo 2º, § 1º, da Lei Complementar nº 8.080 de 1991, o qual prevê que os serviços públicos de saúde devem ser destinados ao ser humano enquanto gênero, e não grupo social, categoria profissional, ou classe econômica dos indivíduos (Brasil, 1990). Também há desrespeito ao princípio da integralidade da assistência (artigo 7, inciso II, da Lei 8080/90), como no caso fático exposto pelo MP na ação civil pública, no qual paciente em tratamento no hospital possui dificuldade de agendar exame pelo SUS, mas há pronta disponibilidade em realizar o procedimento em caso de pagamento direto. Também há relato de paciente que passou por procedimento de amputação no hospital, necessitando posteriormente de prótese, a qual só seria possível mediante pagamento particular. Essas situações narradas pelo MP evidenciam o risco da fragmentação da assistência em hospitais que adotam a prática da dupla porta.

Cabe destacar que na ação civil pública o MP concede um tratamento diferenciado ao Instituto do Coração (INCOR), que é integrante do complexo do Hospital das Clínicas, não o incluindo nesta ação. O argumento residiu no fato do INCOR adotar esta prática a mais tempo (desde 1984) e possuir quase metade das suas receitas oriundas do atendimento a planos privados de saúde, situação que ensejaria um estudo mais aprofundado do impacto financeiro, bem como um planejamento racional de substituição de verbas, sob risco de desorganização do

serviço à população. Por outro lado, os outros institutos do complexo do Hospital das Clínicas de São Paulo não teriam mais que 3% de suas receitas oriundas do atendimento a beneficiários de planos privados de saúde.

A ação civil pública proposta pelo MP foi julgada em primeira instância como improcedente no ano 2000 (São Paulo, 2000). No mérito, o argumento do magistrado oferece respaldo a possibilidade de hospitais públicos realizarem atendimento a planos de saúde privados e pacientes particulares como forma de captar mais recursos financeiros, dado a insuficiência de recursos orçamentários e provenientes do SUS. Sinaliza que estes recursos possibilitam ao hospital aumentar a sua capacidade de atendimento e modernizando os serviços aos usuários do SUS. Argumenta que o princípio da universalidade impõe a necessidade de atender aos que podem e aos que não podem pagar pelo uso do serviço. Afirma que para os que pagam há que existir uma vantagem compensatória, a qual colocaria o hospital em posição de concorrência com os serviços privados de saúde. Segundo o magistrado, o princípio da isonomia não é ferido, pois a diferenciação de atendimento seria condição essencial para a sobrevivência do serviço privado dentro da instituição pública, estando a discriminação plenamente justificava (São Paulo, 2000):

Ninguém em sã consciência se disporia ao pagamento para ter exatamente o mesmo tipo de atendimento dos que não pagam, que é acessível a todos sem pagamento algum

O sistema público de saúde é custeado com recursos do contribuinte cuja carga é mitigada pelos beneficiários que pagam pelos serviços

Quanto a diferença na agilidade do atendimento, salienta que este se deve ao fato do volume de atendimentos SUS ser incomparavelmente superior ao atendimento de beneficiários de planos de saúde. Quanto à questão da integralidade pelo oferecimento de prótese paga a usuário SUS após realização de cirurgia de amputação de membro, argumenta que não são cobertas pelo SUS, não constituindo, inclusive recurso em saúde, situações que ensejariam a possibilidade de recusa aos pacientes do SUS deste tipo de demanda.

Um ponto que merece ser destacado nesta sentença são as duas condições elencadas para a inviabilização e proibição da subsistência da dupla porta: se o preço cobrado pelo atendimento a planos de saúde privados e pacientes particulares com todas as diferenciações for menor que o custo para esse tipo de atendimento; e

se o crescimento deste tipo de atendimento aumentar, provocando diminuição da capacidade de atendimento pelo sistema público de saúde.

O MP recorreu da decisão de primeira instância e não teve êxito na segunda instância. O acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo reforça os argumentos da sentença. Os Desembargadores agrumentam que os recursos provenientes dos atendimentos privados amenizam o déficit de recursos públicos; ressalta que a prática da dupla porta no INCOR é um exemplo para o restante do complexo; afirma que não há violação à igualdade e nem discriminação, uma vez que não há atendimento privilegiado aos que pagam. Por fim, salienta que não há violação à legalidade, utilizando como argumentação jurídica as normas que autorizam o ressarcimento ao SUS, ou seja, que obriga as operadoras de planos de saúde de reembolsarem os estabelecimentos integrantes do SUS que atenderem seus beneficiários (São Paulo, 2001).

Quase dez anos depois, em 2008, foi encaminhado à Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP), projeto de Lei Complementar nº 62, de iniciativa do Governador do Estado, com o objetivo de dispor sobre a qualificação como Organização Social de Saúde (OSS) as fundações de apoio dos hospitais de ensino (São Paulo, 2008). No seu processo de tramitação na ALESP houve emenda ao projeto inicial permitindo a destinação de no máximo 25% da capacidade operacional dos hospitais gerenciados por OSS para pacientes particulares ou beneficiários de planos de saúde privado. A proposta, ao se transformar na Lei Complementar nº 1.095 de 2009, teve esta previsão vetada pelo então Governador José Serra. Na mensagem de veto, argumenta-se sobre a prerrogativa do gestor do sistema estabelecer as atribuições e as condições de funcionamento de entidades no âmbito do SUS. Também argumenta que já há Leis prevendo a possibilidade de cobrar as operadoras de planos privados de saúde os atendimentos realizados em favor de seus beneficiários em hospitais públicos, tanto na esfera Federal (Lei Federal nº 9.656 de 1988, artigo 32), quanto na esfera Estadual (Lei Estadual nº 9.058 de 1994). Desta forma, destaca-se que as razões apresentadas pelo Governador para o veto foram jurídicas (São Paulo, 2009).

No entanto, um ano depois do veto, em 2010, ocorre a edição da Lei Estadual nº 1.131, permitindo que Organizações Sociais de Saúde (OSS) ofertarem seus serviços a pacientes particulares ou beneficiários de planos de saúde no quantitativo máximo de 25% de sua capacidade operacional total, desde que essa situação

estivesse prevista no contrato de gestão entre a OSS e o Poder Público (São Paulo, 2010). A edição dessa Lei veio para modificar o artigo 8º, inciso IV da Lei nº 846 de 1998, que trata do atendimento exclusivo aos usuários do SUS no caso das organizações sociais de saúde. Esta Lei prevê originalmente que ao elaborar os contratos de gestão com as organizações sociais da saúde deve-se observar o atendimento exclusivo aos usuários do SUS. No entanto, cabe destacar que neste momento a proposta advém de iniciativa do governador de Estado que encaminha Projeto de Lei à ALESP com esta permissão. Após a promulgação da Lei nº 1.131/2010 houve a edição do Decreto nº 57.108 de 2011, que regulamentou os detalhes da operacionalização do novo dispositivo em Lei (São Paulo, 2011a).

A promulgação dessa Lei gerou intenso debate e mobilização de entidades da sociedade civil contrárias à dupla porta, ensejando uma nova ação civil pública com pedido liminar promovida pelo Ministério Público de São Paulo (MP/SP). A ação teve como objetivo proibir a destinação de 25% dos leitos dos Hospitais gerenciados por OSS a iniciativa privada (São Paulo, 2011b).

Na petição inicial, acatando argumento das entidades civis, o MP ressalta o risco que esta medida provoca aos atendimentos SUS, uma vez que os serviços públicos de saúde se encontram sobrecarregados, havendo uma estimativa de redução no SUS de 2 milhões de internações. Sinaliza que esta medida afronta o princípio da universalidade e da igualdade, que são pilares centrais do SUS, agredindo o artigo 196 Constituição Federal, o art. 222, inciso V, e o art. 219, da Constituição do Estado de São Paulo, bem como os artigos 2º e 7º, da Lei 8.080 de 1990, e o artigo 12, da Lei Complementar Estadual nº 791 de 1995¹. Também salienta as diferenças na forma de funcionamento dos dois subsistemas, uma vez que o SUS deve funcionar de forma hierarquizada e integrada. Há uma organização no acesso, de forma que o usuário SUS, mesmo que diagnosticado com uma determinada doença, não pode acessar diretamente um hospital, principalmente os de alta complexidade, tendo que passar antes por unidades de outros níveis de atenção (UBS, AME e Pronto Socorro). Por outro lado, beneficiários de planos privados de saúde poderiam acessar livremente hospitais públicos, sem que houvesse a necessidade de passar pelas portas de entrada do sistema público de saúde, como ocorre com toda a população.

¹ O artigo 12 da Lei Complementar Estadual nº 791 de 1995, que o SUS obedecerá às seguintes diretrizes e bases: II -bases, **a)** gratuidade das ações e dos serviços assistenciais prestados, vedada a cobrança de despesa complementar ou adicional, sob qualquer título.

O MP teve acatado o pedido liminar que suspendeu os efeitos do Decreto nº 57.108 de 2011, por existir elemento na inicial que evidencia afronta ao Estado de Direito e ao interesse público (São Paulo, 2011c). Aos suspender os efeitos da Lei, evitou-se que dois Hospitais - o Hospital do Câncer do Estado de São Paulo e o Hospital da Transplante do Estado de São Paulo – já iniciassem a oferta de 25% de seus serviços a particulares e a beneficiários de planos privados de saúde, conforme autorização que já havia sido expressa em Resolução do Secretário de Estado da Saúde (Resolução SS 81, 5 ago. 2011¹).

Na defesa do governo a Procuradoria Geral do Estado (PGE) afirmou que os hospitais gerenciados por OSS não podem se valer do ressarcimento ao SUS, previsto na Lei Federal nº 9.656 de 1998. No entanto, o próprio MP, bem como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), refutaram na ação esta afirmação da PGE, pois segundo a previsão legal, todos os serviços prestados a beneficiários de planos privados de saúde, sejam em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, que integram o SUS, deverão ter seus valores ressarcidos, desde que exista cobertura contratual, pelas operadoras de planos privados de saúde ao SUS. Desta forma, os recursos oriundos do ressarcimento ao SUS são devidos ao SUS e não ao hospital que efetivou o atendimento, não podendo ocorrer a transferência direta de recursos. Com isso, o argumento central da contestação da PGE mostrou-se equivocado.

Posteriormente o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP) manteve a liminar, com votação unânime dos desembargadores, impedindo a destinação de 25% dos leitos em Hospitais gerenciados por OSS para atendimento à saúde suplementar (São Paulo, 2012). O desembargador relator do caso afirma que a razão de ser da Lei nº 1.131/2010 e do seu respectivo Decreto nº 57.108 de 2011, que é permitir que os planos de saúde realizem o ressarcimento dos atendimentos prestados aos seus clientes em serviços público de saúde, não se sustenta. Não se sustenta pelo fato de já existir Lei que permite que os gastos nos serviços públicos de saúde com beneficiários de planos de saúde sejam cobrados de forma administrativas das operadoras. Além disso, cita o risco da aproximação do público e do privado, e as

¹ Resolução SS nº 81 de 2011, dá cumprimento ao Decreto - 57.108, de 06/07/2011, que regulamenta os dispositivos da Lei Complementar - 846, de 04 de junho de 1998, introduzidos pela Lei Complementar - 1.131, de 27 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=4901&word=>

dificuldades de controle que essa proximidade provoca, podendo violar princípios constitucionais como o da moralidade, legalidade, impessoalidade, publicidade e eficiência, conforme destacado em trecho a seguir (São Paulo, 2012):

E essa confusão, do público e do privado, numa área em que os gastos chegam aos bilhões, é especialmente perigosa, valendo a pena lembrar que as organizações sociais não se submetem à obrigatoriedade das licitações nas suas aquisições. Só para citar um exemplo, as organizações sociais que contratassem com os planos fariam uma verdadeira concorrência desleal com os hospitais autenticamente privados, pois nestes os recursos são todos particulares. Como que um hospital que não recebe nada dos cofres públicos pode concorrer em igualdade de condições com outro hospital, gerido por uma organização social, que recebe elevados valores dos cofres públicos?... Dessa forma, até empresas que hoje não são sociais vão querer receber esse rótulo.

Em 2014, a Lei Complementar nº 1.243 modificou a redação dada pela Lei Complementar nº 846 de 1998, retirando de seu artigo 8º a permissão de OSS destinarem 25% de sua capacidade operacional a beneficiários de planos de saúde privados (São Paulo, 2014a). Com esta mudança, a ação civil pública proposta pelo MP foi extinta sem julgamento de mérito devido à perda superveniente do direito de ação, na modalidade do interesse de agir (São Paulo, 2014b)

Apesar dos precedentes já existentes do Ministério Público Federal e Estadual (SP), do Tribunal de Contas da União e de decisões judiciais, a prática da dupla porta ainda persiste e é pouco estudada do ponto de vista acadêmico. Segundo Rodríguez (2001), quando o sistema de prestação de serviços de saúde é conjunto (público e privado), deveria evitar a proximidade do público e do privado no ponto de prestação de serviços, procurando impedir a ocorrência de discriminação, transferência de custos e qualquer outro tipo de interferência indesejável. Esse tipo de recomendação insere-se na discussão vivenciada no sistema de saúde brasileiro sobre a dupla porta, situação que, se não for rigorosamente fiscalizada, pode gerar iniquidades no acesso a serviços de saúde.

Como pode ser observada, a prática de ofertar portas de atendimento diferenciados para pacientes com planos de saúde/particulares e do SUS, tanto em hospitais públicos como em hospitais privados sem fins lucrativos que participam de forma complementar ao SUS, embora envolta de questionamentos jurídicos sobre sua constitucionalidade e legalidade, consolidou-se ao longo dos anos, e a forte

imbricação entre o público e o privado na prestação de serviços de saúde traz diversos tensionamentos.

3.2.2 A abordagem da dupla porta em dois jornais impressos: uma leitura histórica

O fenômeno da dupla porta sempre foi assunto dos maiores jornais do Estado de São Paulo, Folha de São Paulo e Estadão, conforme pode-se constatar em matérias desde o final da década de 90, até outubro de 2019.

Na Folha de São Paulo o tema da dupla porta aparece pela primeira vez em 1998, ano no qual é publicado texto de opinião assinado por José Aristodemo Pinotti, na época deputado federal pelo PSB, professor titular de ginecologia e obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e ex Secretário de Estado da Saúde de São Paulo. Neste artigo, Pinotti se posiciona contrariamente à existência da dupla porta no Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo, recém-inaugurada em 1997, por compreender ser “antiético e perverso oferecer em um hospital público atendimento sem filas, com melhores acomodações e entrada diferenciada para aqueles que pagam”. Além de levantar questões éticas e morais deste tipo de atendimento, demonstra que o atendimento a pacientes de planos de saúde não possui vantagem econômica significativa ao hospital, pois representava, em 1997, apenas 1,2% do faturamento total do hospital. Por fim, ressalta investimento realizados em áreas destinadas ao atendimento de pacientes de planos de saúde e particulares, que aumentam os custos operacionais de todo o hospital (Pinotti, 1998).

Posteriormente, em 1999, poucos meses depois da publicação do artigo de opinião de Pinotti, o cardiologista Adib Jatene, na época professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), diretor geral do Instituto do Coração (INCOR), e ex Ministro da Saúde e Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, publica um novo artigo de opinião na Folha de São Paulo defendendo a doção da dupla porta no INCOR. Argumenta que a remuneração dos serviços prestados ao SUS são insuficientes para cobrir os custos, e que o modelo adotado pelo INCOR na década de 70 de atender pacientes particulares e de planos de saúde era um modelo de sucesso, pois viabilizou a manutenção do hospital. Ressalta que a diferença da fila e de hotelaria entre o público e o privado é condição

essencial para viabilizar o modelo de oferta de atendimento a pacientes da saúde suplementar. Por fim, afirma que a dupla militância, ou seja, a atuação de profissionais de saúde em período parcial (ora no público e ora no privado) deve ser evitado, pois prejudica o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e do atendimento no próprio setor público de saúde (Jatene, 1999).

Em meados de 1999 há a edição de nova reportagem tratando sobre o inquérito promovido pelo Ministério Público de São Paulo que investigava sistema de “apartheid” no Hospital das Clínicas de São Paulo (USP) e na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Nesta reportagem é salientada a discriminação no atendimento de pacientes SUS e de planos de saúde no Hospital das Clínicas de São Paulo, com atendimento mais rápido e hotelaria diferenciada para o privado. No caso da UNICAMP, cita a existência de pacientes particulares sendo atendidos em prédio da universidade equipado com verba pública, no qual havia Médicos contratados em regime integral pela universidade recebendo 70% dos valores de pagamento efetuado pelos pacientes, sendo os outros 30% destinados a Fundação privada de apoio ao hospital (Funcamp). Ao final da publicação há a informação de que o cardiologista Adib Jatene, ex Ministro da Saúde e diretor do INCOR, esteve em Brasília solicitando apoio ao Deputado Carlos Magalhães para criar projeto com o intuito de regular a prática da dupla porta em hospitais públicos, visando a sobrevivência destes hospitais. Neste momento, havia um Projeto de Lei pronto para ser votado, estabelecendo um teto de 25% dos leitos dos hospitais públicos para particulares e beneficiários de planos de saúde privados (Agêge, Lambert, 1999; Público, 1999; Aparthied, 1999).

Neste período, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, por meio de um Conselheiro, se posiciona em reportagem da Folha de São Paulo contrário a prática da dupla porta, afirma não ser aceitável do ponto de vista ético, e cita trecho do Código de Ética que diz ser discriminatório o uso de área física, de instalações e demais recursos destinado a atenção à saúde, por grupos circunscritos, mesmo que constituído sob a figura de Fundação, com a finalidade de atender de forma privilegiada parcela restrita e melhor aquinhoadada da população (Conselho Regional de Medicina, 1999).

Ainda em 1999, o Jornal Folha de São Paulo promove debate com especialistas da área da saúde para discutir os problemas que comprometem o avanço no atendimento da saúde, sendo o tema da dupla porta pautado para

discussão neste evento. O resultado deste encontro foi sintetizado na sessão de debate do jornal. Durante o encontro, segundo a reportagem, prevaleceu a ideia de que a segunda porta carece de suporte legal, moral e constitucional. A síntese deste debate está esquematizada no quadro a seguir, com o posicionamento de cada debatedor sobre a dupla porta, bem como as alternativas possíveis para substituir a prática da dupla porta (Hospital, 1999; Dupla, 1999a).

Quadro 3 - Síntese do posicionamento dos debatedores sobre o tema da dupla porta, bem como possíveis alternativas, Jornal Folha de São Paulo. São Paulo – 1999

Debatedor	Posição sobre a dupla porta	Alternativas
Jorge Roberto Pagura	Contrário à prática da dupla porta em hospitais públicos.	Equacionar o financiamento. Discutir sistemas mais flexíveis, porém com controle rígido. Hospitais públicos deveriam cobrar dos planos privados de saúde os atendimentos direcionados a seus beneficiários (representam cerca de 15% nos hospitais públicos).
José Aristodemio Pinotti	Contrário à prática da dupla porta em hospitais públicos. Prática imoral, pouca representatividade financeira destes atendimentos e não conduziu ao término da dupla militância de profissionais em hospitais públicos.	Governo deve aumentar o orçamento destinados aos Hospitais. Melhor utilização dos recursos pelas Fundações de apoio. Estimular a ajuda financeira por parte do terceiro setor (sociedade civil, instituições filantrópicas e privadas).
Raul Cutait	Favorável ao duplo financiamento (público e privado), mas contrário a desigualdade na agilidade do acesso entre não pagantes e pagantes.	Necessidade de discussão mais aprofundada sobre fonte de recursos adicionais para os hospitais públicos.
Carlos Alberto Paneagua Ferreira	A dupla porta poderia favorecer o financiamento.	Utilizar os recursos do DPVAT (Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre) para substituir a dupla porta.

Fonte: Folha de São Paulo, 1999

No final de 1999, ambos os jornais, Folha e, agora pela primeira vez, também o Estadão, publicam reportagem tratando sobre a ação civil pública promovida pelo Ministério Público de São Paulo (MP/SP) contra o Hospital das Clínicas de São Paulo. Nas duas reportagens são destacados os argumentos do Promotor da ação, que reforçou o caráter discriminatório da dupla porta. O Estadão destaca a não inclusão do Instituto do Coração (INCOR) nesta ação civil pública e salienta que o

hospital alega que os recursos obtidos com o atendimento a planos de saúde e particulares é revertido aos pacientes SUS (Dupla, 1999b; Scheinberg, 1999a).

Em meados de 1999, dirigentes do Hospital das Clínicas de São Paulo encaminharam ao Ministério Público do Estado proposta com intuito de acabar com a dupla fila (dupla porta) no hospital. A proposta envolvia a criação de uma única central telefônica para atendimento de pacientes SUS e de planos de saúde, bem como a adoção de uma única recepção. A ideia proposta é de que existisse uma fila única, porém a hotelaria diferenciada seria mantida para os atendimentos dos pacientes oriundos do privado (Scheinberg, 1999b).

Logo no início de 2000, o jornal Folha de São Paulo publica nova reportagem sobre a dupla porta, tratando neste momento da improcedência da ação civil pública em primeira instância. O jornal Estadão também produz reportagem que traz os argumentos utilizados pelo Juiz na sentença, e conclui que os recursos oriundos do atendimento ao segmento privado são necessários para melhorar o atendimento aos pacientes SUS, bem como fundamentais para a sobrevivência do complexo (A dupla, 2000). Por outro lado, a reportagem da Folha de São Paulo traz uma visão mais crítica ao apontar a continuidade do atendimento privilegiado ao privado em detrimento do SUS, e também apresenta a opinião de Pinotti, que mais uma vez reforça as questões éticas e morais relacionadas a dupla porta, bem como o baixo impacto financeiro desses atendimentos para o hospital. Também pontua que com o projeto de Emenda Constitucional apresentado pelo deputado Roberto Gouveia (PT), que visa estabelecer limite mínimo de 10% do orçamento de estados e municípios para gastos em saúde, a dupla porta não seria necessária com o aporte destes recursos adicionais¹. Por fim, para o Estadão a manutenção desses atendimentos privados traz recursos extras que permitem a manutenção de profissionais atraídos por uma complementação salarial (Lambert, Biancarelli, 2000; Para, 2000).

O Jornal o Estado de São Paulo, além de tratar sobre a improcedência da ação civil pública em primeira instância, também destaca que o tratamento pago é importante para a manutenção do Hospital das Clínicas e para melhorar os atendimentos destinados aos usuários do SUS (A dupla, 2000). Logo após a publicação desta reportagem, Antônio Ermínio de Moraes escreve em coluna de

¹ Em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu piso mínimo e obrigatório para aplicação de recursos orçamentários em assistência à saúde pela União, Estados e Municípios.

opinião do jornal Folha de São Paulo exaltando o tema da dupla porta tratado no Estadão, pontuando “como uns dos mais importantes temas da área da saúde nos dias atuais”. Considera a estratégia da dupla porta como “uma boa luz no fundo do túnel”, defendendo a adoção de sistema misto no atendimento em hospitais públicos (Moraes, 2000).

Em 2001, o tema da dupla porta aparece em editorial da Folha de São Paulo, no qual é citado o projeto de Lei que tramitava no Congresso Nacional com o objetivo de regulamentar o uso de 25% dos leitos em hospitais de ensino para atendimento de particulares e planos privados de saúde. Argumenta que, segundo uma visão mais crítica, existe no fenômeno da dupla porta uma apropriação privada de recursos públicos, além de injustiça pela competição desigual dos mesmos prestadores de serviços entre usuários SUS e beneficiários de planos de saúde. No entanto, também argumenta que o sistema da dupla porta agrega qualidade ao hospital, por acrescentar mais recursos financeiros e por agregar público pagante, que seria mais exigente na cobrança de resultados, situação que também traria ganho aos pacientes SUS. No final, o editorial pondera sobre a ofensa ao princípio da justiça que a prática da dupla porta provoca, mas ressalta que a questão financeira não pode ser desconsiderada, concluindo que é uma questão complexa que não pode ser tratada com populismo ou dogmatismo (Dupla, 2001).

Importante destacar que, em 2001, momento no qual havia intenso debate sobre a dupla porta, a então prefeita de São Paulo Marta Suplicy encaminha Projeto de Lei nº 483/2001 para a Câmara dos Vereadores de São Paulo, com o objetivo de criar autarquias descentralizadas para gerenciar a rede hospitalar no município (São Paulo, 2001). Nesta proposta, na parte que trata da constituição das receitas das autarquias, há a possibilidade de obter “recursos provenientes de acordos de cooperação e convênios voltados ao desenvolvimento de atividades próprias da autarquia, desde que não impliquem na percepção de honorários profissionais particulares nem em compromissos ou contrapartidas em desacordo com os critérios de universalidade e equidade” (artigo 7º, inciso V). O jornal Folha de São Paulo traz reportagem alertando sobre a possibilidade da venda de serviços públicos de saúde que esta proposta traz. Na época, o então Secretário Municipal de Saúde argumenta que a previsão visa possibilitar a venda de serviços público ociosos para planos de saúde privados, sem criar uma dupla porta, na qual há diferença de fila para pagantes e não pagantes. O Projeto foi aprovado pela Câmara dos vereadores, se

transformando na Lei nº 13.271 de 2001, que permanece vigente (Leite, 2001; São Paulo, 2002).

Em 2002, a dupla porta continua sendo notícia constante no Jornal Folha de São Paulo. Há uma série de reportagens abordando a prioridade do Ministério Público Federal de São Paulo (MPF/SP) de inserir o tema da dupla porta na agenda da instituição, visando combater privilégios no atendimento, mas sem criar óbice quanto a sua existência. Esta visão do MPF/SP vai ao encontro de medida já tomada pela Procuradoria Regional da República no Estado do Rio de Janeiro que firmou termo de ajustamento de conduta com o Hospital da Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), permitindo a oferta de 25% dos leitos ao setor privado, desde que fosse assegurada a igualdade da assistência ao SUS e ao privado, e desde que não ocorresse subtração de leitos ao SUS e nem subsídio público ao privado. Embora os hospitais que possuem dupla porta argumentem sobre a necessidade de recursos extras para subsistência, o Promotor do MPF/SP afirma que “argumento econômicos não podem sobrepor à Constituição” (Procurador, 2002). A reportagem também cita projeto de Lei que tramita no Senado (PL nº 449/1999) que visa criar limites para internações privadas em hospitais públicos, proibindo a diferença de prazos nas internações e de redução de leitos SUS (Projeto, 2002). Traz a informação de que atendimento de convênios gera até 51% da receita de hospital, como o caso do INCOR, sendo a prática da dupla porta necessária para cobrir parte do déficit do SUS e complementar salários de profissionais. No entanto, um reitor ressalta as dificuldades de se avaliar os reais benefícios financeiros da dupla porta pelo fato das despesas do SUS e dos convênios serem computadas em um único caixa. O presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue) cita em sua fala desvantagens na adoção da dupla porta (Leite, 2002):

...para o hospital se organizar para atender o paciente de convênio, você precisa ter uma oferta específica para ele e de procedimento. Isso significa trazer a desigualdade social para o hospital? Não tenho dúvida. É um dos dilemas da vida.

Na mesma série de reportagens em 2002 sobre a dupla porta, a Folha entrevistou o Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que afirmou ser contrário a prática da dupla porta, mas que o Ministério da Saúde não “bateu de frente”, até por considerar-se pequeno frente a defensores como o médico Adib

Jatene e o Deputado Antônio Carlos Magalhães. Pondera que como a dupla porta já está acontecendo, o melhor é que seja regulamentada (Prática, 2002). Por fim, a Folha destaca pesquisa do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea e do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo que demonstra existir discriminação no atendimento de dupla porta no Hospital das Clínicas de São Paulo, situação que provoca um verdadeiro “apartheid social”. A pesquisa evidenciou discriminação na forma de ingresso, na distribuição e no uso dos espaços do hospital, e nos fluxos administrativos para encaminhamento dos pacientes. No entanto, ressalta que não foi identificado até aquele momento diferenças na qualidade do atendimento (Pesquisa, 2002). Por outro lado, gestores de hospitais universitários que possuem dupla porta afirmam que mantêm este procedimento para diminuir o impacto sobre a demanda do setor público (Hospitais, 2002).

Ainda em 2002 há reportagem no jornal Folha de São Paulo tratando sobre a derrubada do veto do então Governador Geraldo Alckmin pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) em artigos da Lei nº 10.241 de 1999. O título da reportagem diz “decisão de deputados inviabiliza a segunda porta em São Paulo” (Decisão, 2002). A referida Lei que foi aprovada em partes trata sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. Os artigos vetados pelo Governados e que foram derrubados na ALESP estão relacionados a:

a) vedação aos serviços públicos de saúde e às entidades públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público, de realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação entre os usuários dos serviços de saúde, sendo também vedado o acesso diferenciado em situações de necessidade de atenção semelhante;

b) garantia a todos os pacientes e usuários a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento para a assistência à saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição, e o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos. Este direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.

No ano de 2003 há uma diminuição sobre a repercussão do tema da dupla porta nos jornais, tendo a Folha de São Paulo noticiado em uma única reportagem a fala do então Ministro da Saúde Humberto Costa sobre a nova forma de remuneração dos hospitais universitários, os quais passariam a receber por contratos globais e não mais por produção apresentada. Segundo o Ministro, com este novo modelo de remuneração a dupla porta não teria mais justificativa de existir, uma vez que os hospitais poderiam planejar melhor seus gastos e melhorar a integração com o SUS (Dupla, 2003).

Após alguns anos sem a dupla porta repercutir na imprensa, o tema volta à tona em 2009 no Jornal Estadão, ao noticiar o veto do então Governador José Serra em parte da Lei Complementar nº 1.095 de 2009, especificamente na parte que permitia a destinação de 25% dos leitos de hospitais públicos para atendimento privado (Leite, 2009). A partir deste momento, inicia-se um novo ciclo de produção de muitas reportagens tratando sobre a dupla porta.

No período de 1998 a 2008, ou seja, de mais de 10 anos, foram localizadas 24 reportagens sobre a temática da dupla porta publicadas nos Jornais Folha de São Paulo (21) e no Estadão (3). Em contrapartida, em um período de 2 anos, entre 2010 a 2012, encontra-se o período mais intenso de publicação de reportagens sobre a dupla porta, com 41 reportagens localizadas neste período nos dois jornais. O Jornal Folha de São Paulo publicou 24 reportagens envolvendo a dupla porta, incluindo 2 editoriais. Já o Jornal Estadão publicou 17 reportagens neste mesmo período.

Em 2010, o tema voltou a ser pautado no Jornal Folha de São Paulo e Estadão em decorrência do encaminhamento e da aprovação de Projeto de Lei Complementar (PLC nº 45 de novembro de 2010, que se transformou na Lei Complementar nº 1.131 de 2010), encaminhado pelo então governador Alberto Goldman, criando a possibilidade de destinação de 25% dos leitos de hospitais gerenciados por OSS ao mercado privado de planos de saúde. Neste momento, o Ministério Público de São Paulo sinaliza que ingressará com uma ação civil pública contra a medida legal, por criar privilégios para a população beneficiária de planos privados de saúde, situação que fere o princípio da igualdade da universalidade do SUS. Por outro lado, o então Secretário da Saúde defende a nova medida, afirmando que não será criada nos hospitais gerenciados por OSS uma dupla porta, pacientes SUS e de planos privados estarão na mesma porta de entrada e na mesma fila de espera, salientando que a medida visa somente possibilitar a

cobrança das operadoras de planos privados de saúde dos atendimentos destinados a sua clientela em hospitais públicos (Collucci, Bedineli, 2010; Leite, 2010).

No ano de 2010, também ocorreram discussões sobre a elaboração do novo Código de Ética Médico pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a compatibilidade com a prática da dupla porta. O presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) afirma em reportagem para a Folha de São Paulo e o Estado de São Paulo que as novas regras do Código de Ética irão confrontar os hospitais públicos que possuem “dupla-fila”, sendo esta uma forma de discriminação financeira. Afirma que a dupla porta confronta com o artigo que proíbe a discriminação (Pinho, 2010; Formenti, 2010). Por outro lado, o cardiologista Adib Jatene, afirma que o novo Código de Ética não proíbe a prática da dupla porta e ressalta a importância do atendimento de pacientes com planos de saúde em hospitais públicos, definindo o termo dupla porta como um equívoco, uma vez que não haveria diferença de tratamento, sendo a única diferença a de hotelaria, condição necessária para atrair os pacientes do mercado de planos de saúde. Salienta que a arrecadação extra com esses atendimentos permite aos hospitais suplementar salários, visando a equiparação com a iniciativa privada, além de possibilitar aos pesquisadores suporte para participação em eventos internacionais, congresso e viagens de estudo (Jatene, 2010).

Ainda em 2010, o jornal Estadão publica reportagem com a opinião da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre a Lei paulista que permitiu a destinação de parte dos leitos dos Hospitais gerenciados por OSS para a iniciativa privada. O Diretor de Fiscalização da ANS salienta a necessidade de maior detalhamento e aprofundamento da questão, sob o risco de gerar distorções e atendimento discriminatório. Também argumenta a necessidade de definição de como o uso de 25% da capacidade operacional do hospital será controlado (ANS, 2010).

No início de 2011, o novo Secretário de Estado da Saúde de São Paulo toma posse defendendo a Lei que reserva parte da capacidade operacional em hospital gerenciado por OSS a planos privados de saúde. Em seu argumento principal destaca que 40% da população do Estado possui planos privados de saúde e utiliza com frequências serviços públicos de alta complexidade, sendo a intenção do Governo do Estado a de buscar o ressarcimento destes atendimentos junto às operadoras de planos de saúde. Ressalta que os leitos não seriam reservados para

estes atendimentos, afirma que não haverá criação de uma segunda porta ou fila, ocorrendo após a saída a cobrança administrativa juntos as operadoras (Toledo, 2011a).

Ligia Bahia e Mário Scheffer (2011) publicam conjuntamente artigo de opinião na Folha de São Paulo, chamando a nova Lei de “paulada no SUS”. Argumentam que a alegação de ressarcimento ao SUS é falsa, uma vez que essa possibilidade já é possível via ANS. Salientam que as OSS necessitam de novos recursos para manter a sua “vitrine assistencial” e que os planos privados de saúde querem ostentar hospitais públicos de alta complexidade em sua rede credenciada de serviços. Alertam também que a proposta de expansão de planos populares de saúde, com baixos valores de mensalidade, só será viável com a utilização da capacidade instalada do SUS. Desta forma, concluem que está em pauta a expansão dos atendimentos privados via dupla porta (Scheffer; Bahia, 2011).

Dentro deste contexto favorável a dupla porta, em 2011 o Hospital das Clínicas de São Paulo anuncia que quadruplicará os atendimentos a planos privados de saúde e particulares, passando de 3% para 12%, visando alcançar 40% das receitas do hospital oriundas desses atendimentos privados. O argumento do Superintendente do Hospital é de que essa entrada adicional de recursos será utilizada para “financiar melhorias no atendimento gratuito do HC, pago pelo SUS”. A reportagem apresenta informação de pesquisa realizada pelo HC/SP apontando que 11% dos pacientes atendidos pelo SUS no hospital possuem planos de saúde, sendo a ideia que esta população fosse atendida no HC pelo seu respectivo plano privado de saúde (Capriglione, 2011). O articulista Hélio Schwartzman, publica análise pontuando que a solução do problema depende do objetivo do Hospital das Clínicas (Shwartzman, 2011):

Se a meta é oferecer um tratamento igualitário, como convém às instituições republicanas, então a distorção introduzida pela dupla porta é inaceitável. Se a missão é atender ao maior número de pessoas possível, então precisamos abraçar a ética utilitarista e aceitar a lógica de que é preciso buscar novas fontes de recursos.

Em diversas reportagens foi publicada a justificativa do Governo do Estado, no sentido de que a rede pública atende beneficiários de planos privados de saúde, situação que ensejaria necessidade de cobrança desses atendimentos pelos hospitais públicos as operadoras de planos de saúde, argumentando que os

hospitais não promoveriam dupla porta. No entanto, no período também foi noticiado que os beneficiários de planos de saúde poderiam acessar diretamente a rede pública, desde que já tivessem diagnóstico, situação que por si só já caracteriza um acesso diferenciado entre usuários SUS e da saúde suplementar.

A opinião do Ministério Público de São Paulo sobre os riscos de expansão da dupla porta, que gera segregação e desigualdade no acesso ao sistema público, é divulgada, bem como também é noticiada a intenção do MP/SP de propor nova ação civil pública com o intuito de suspender o Decreto nº 57.108 de 2011, que regulamentou a Lei Complementar nº 1.131 de 2010, e a publicação da Resolução SS nº 81, em agosto de 2011 que operacionalizou o Decreto, autorizando dois hospitais públicos geridos por OSS a efetivarem contratos com operadoras de planos de saúde. Há destaque em publicações sobre a falta de clareza de como ocorreria o acesso de pacientes privados aos hospitais públicos, uma vez que o plano de saúde teria em sua rede credenciada um hospital público. Inicialmente o Secretário de Estado informou que o encaminhamento se daria da mesma forma que ocorre no SUS, portanto, pacientes privados seriam encaminhados por Unidade Básica de Saúde (UBS). No entanto, posteriormente informou que o acesso de beneficiários de planos privado de saúde seria direto, sem necessitar passar pela rede pública de saúde para ter acesso a hospitais de alta complexidade gerenciados por OSS (Hospitais, 2011; Promotor, 2011; Collucci, Bedinelli, 2010, 2011a,b; Collucci, 2011a).

O Secretário de Estado da Saúde publicou um artigo de opinião no Jornal Folha de São Paulo reafirmando a posição do governo de que a medida busca apenas o ressarcimento dos atendimentos aos beneficiários de planos de saúde ocorridos em Hospitais geridos por OSS. Argumenta que os Hospitais gerenciados por OSS não são alcançados pela Lei Federal que prevê o ressarcimento ao SUS. Sienta que não haverá dupla porta, uma vez que os hospitais não poderão fazer reserva de leitos, nem promover qualquer tipo de atendimento que promova distinção entre pacientes SUS e de planos privados de Saúde (Cerri, 2011). Após a publicação do Secretário, o Jornal Folha de São Paulo publica o editorial “dúvida na saúde pública”, salientando os receios de que a medida do governo crie privilégio a parcela da população que possui planos privados de saúde, ao promover atendimento diferenciado. Ressalta que será necessário acompanhar a implantação da medida para controlar se desvios não estão ocorrendo. Por fim, conclui que não

se deve condenar a medida que pode auxiliar no ressarcimento ao SUS, situação que injetaria R\$ 500 milhões anuais para melhorar a qualidade da saúde pública do Estado (Dúvida, 2011).

No início de agosto de 2011, é noticiado o ingresso da ação civil pública pelo MP/SP, com pedido liminar, para suspender os efeitos da implantação desta medida (Collucci, 2011b). Também no mesmo mês a ANS divulga que iniciará a cobrança dos planos de saúde dos procedimentos de alta complexidade de beneficiários de planos de saúde que realizam o atendimento no SUS. Até então, somente as internações eram passíveis de ressarcimento. Neste momento, os recursos arrecadados com o ressarcimento ao SUS ao invés de serem direcionados a ANS, passam a ser destinados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para que haja uma distribuição equânime (Collucci, 2011c).

Nova reportagem da Folha de São Paulo, em agosto de 2011, publica posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 445/2011, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e do então Ministro da Saúde Alexandre Padilha, sobre os riscos da destinação de leitos em hospitais públicos gerenciados por OSS para planos privados, salientando o favorecimento a dupla porta, bem como o aprofundamento na desigualdade no acesso (Conselho, 2011).

No final de agosto de 2011, é noticiada a concessão da liminar pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, suspendendo os efeitos da Lei que autorizava a destinação de 25% dos leitos de hospitais gerenciados por OSS para planos privados de saúde. Neste momento há a primeira medida judicial no sentido de não permitir a prática da dupla porta em hospitais públicos. Na reportagem do jornal Estadão que anunciou a concessão da liminar, há uma entrevista com o superintendente de um hospital gerenciado por OSS que já tinha permissão por Resolução do Secretário para firmar contratos com operadoras, no qual afirma que nos moldes em que a Lei foi regulamentada “torna muito difícil evitar que o paciente de plano de saúde seja privilegiado”. O diretor geral de outro hospital gerenciado por OSS afirma que a medida proposta pelo Estado pode não ser ideal, embora seja uma iniciativa válida ao introduzir fontes alternativas de recurso. Também afirma não ser fácil manter fila única para atendimento de pacientes SUS e de planos de saúde. No entanto, salienta não ser impossível (Bedinelli, 2011a; Collucci, 2011d; Toledo, 2011b). Por

fim, em setembro de 2011 também é noticiada a manutenção da liminar pelo TJ/SP, após recurso do Governo do Estado (Bedinelli, 2011b).

No final de 2011, um Projeto de Lei aprovado pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) transformando o Hospital das Clínicas de São Paulo em autarquia especial, rescendeu a discussão sobre a dupla porta. Primeiramente pelo fato do Hospital do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (ICESP), até então um Hospital gerido por OSS e, portanto, atendendo paciente exclusivamente SUS, passar a fazer parte da autarquia especial do HC/SP. O Promotor do MP/SP considerou esta mudança uma forma de “burlar decisão judicial”, já que o HC/SP possui dupla porta em seus institutos. O ponto crítico do Projeto de Lei aprovado residiu no fato da receita do HC/SP pode vir de convênios e contratos e de recursos celebrados com a iniciativa pública e/ou privada. O Governador do Estado disse que a medida não tem relação com a dupla porta, pois visa aumentar a agilidade para contratar e pagar salários de mercado, ao conceder maior autonomia administrativa ao complexo (Lei, 2011; Retrospectiva, 2011).

Em 2012, dias antes dos Desembargadores do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP) julgarem o mérito da ação civil pública, o jornal Estadão e Folha de São Paulo publicam reportagem informando sobre a recomendação encaminhada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) ao TJ/SP que solicita o impedimento da medida prevista na Lei estadual que autoriza hospitais gerenciados por OSS a efetivarem contrato com operadoras de planos de saúde (Conselho, 2012a,b; Nublat, 2012a). A Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) defendeu em nota a Lei, informando que o seu objetivo é de permitir o ressarcimento dos atendimentos destinados a beneficiários de planos de saúde em hospitais gerenciados por OSS, e que a Lei não autoriza reserva de leitos ou preferência a pacientes de planos (Nublat, 2012b). O julgamento da ação é noticiado duas vezes em cada um dos jornais, tendo a Folha de São Paulo apurado que a tendência do TJ/SP seria favorável ao governo (Bassette, 2012a,b; Collucci, 2012a,b).

Ainda em 2012, o Jornal Folha de São Paulo dedica um editorial denominado “Ética nos hospitais” para anunciar a manutenção da liminar pelo TJ/SP, impedindo a destinação de 25% dos leitos dos hospitais gerenciados por OSS para planos de saúde. Aponta que há argumentos sólidos dos defensores e críticos da medida. Ressalta que se faz necessário hierarquizar objetivos, decidindo se o que deve prevalecer é o atendimento igualitário ou a lógica utilitarista, de que quanto mais

atendimentos melhor do ponto de vista de recursos extras, sem que haja no entanto prejuízo à população carente. O jornal Estadão noticiou a negativa do recurso do Governo por unanimidade pelos desembargadores do TJ/SP, sendo mantida, portanto, a liminar que suspende os efeitos da Lei que permite a destinação de leitos públicos para planos de saúde (Ética, 2012; Bassette, 2012c,d). Após o ano de 2012, o tema da dupla porta não mais aparece nas pautas dos jornais analisados.

4 Resultados

4.1 Características gerais dos hospitais de ensino estudados

Foram estudados 24 hospitais de ensino (HE), dentre os 52 existentes no Estado de São Paulo. Do total de 52 HE, foram inicialmente descartados nove hospitais (17%) que não preencheram adequadamente o Sistema de Avaliação dos hospitais de ensino (SAHE), base de dados principal do estudo (Figura 2).

Dentre os 43 HE com informações disponíveis, foram desconsiderados 19 (44%), que não atendem planos de saúde e, portanto, não se adequam aos objetivos do estudo. Assim, foram incluídos 24 HE do Estado de São Paulo que atendem beneficiários de planos de saúde (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma dos hospitais de ensino integrantes do estudo

Quanto à natureza jurídica, dos 24 hospitais estudados, 17 são filantrópicos (71%) e sete são públicos (29%). A maioria, 14 (58%), está sob gestão municipal, enquanto 10 (42%) estão sob gestão estadual. Os sete hospitais públicos são administrados pelo governo estadual (Quadro 4).

Quanto à localização, a maior parte, 18 hospitais (75%), está em cidades do interior do Estado, e seis hospitais estão sediados na capital.

Quanto ao tipo de atendimento ofertado, 18 (75%) são hospitais gerais, enquanto seis deles (25%) são hospitais especializados, sendo dois na área de

cardiologia, dois em oncologia, um em nefrologia e um materno-infantil. Dos seis especializados, três são públicos e três filantrópicos.

Em relação ao porte, 14 HE (58,33%) são de grande porte (de 151 a 500 leitos), sete (29,16%) tem porte especial (acima de 500 leitos) e três (12,5%) são de médio porte (de 51 a 150 leitos).

Quadro 4 - Hospitais de ensino que atendem planos de saúde no Estado de São Paulo, segundo natureza, gestão, porte, tipo de atendimento e localização. São Paulo, 2019

Hospital	Natureza jurídica	Gestão	Porte	Tipo	Localização
HEFG1	Filantrópico	Municipal	Grande	Geral	Interior
HEFG2	Filantrópico	Municipal	Médio	Geral	Interior
HEFG3	Filantrópico	Estadual	Grande	Geral	Interior
HEFG4	Filantrópico	Municipal	Grande	Geral	Interior
HEFG5	Filantrópico	Estadual	Grande	Geral	Interior
HEFG6	Filantrópico	Municipal	Grande	Geral	Interior
HEFG7	Filantrópico	Municipal	Grande	Geral	Interior
HEFG8	Filantrópico	Municipal	Grande	Geral	Interior
HEFG9	Filantrópico	Municipal	Grande	Geral	Interior
HEFG10	Filantrópico	Municipal	Grande	Geral	Interior
HEFG11	Filantrópico	Municipal	Especial	Geral	Interior
HEFG12	Filantrópico	Estadual	Especial	Geral	Capital
HEFG13	Filantrópico	Estadual	Especial	Geral	Capital
HEFG14	Filantrópico	Estadual	Especial	Geral	Interior
HEFE1	Filantrópico	Estadual	Médio	Especializado ¹	Interior
HEFE2	Filantrópico	Estadual	Grande	Especializado ²	Capital
HEFE3	Filantrópico	Estadual	Grande	Especializado ¹	Interior
HEPG1*	Administração Pública	Estadual	Grande	Geral	Interior
HEPG1*	Administração Pública	Estadual	Médio	Especializado ³	Interior
HEPG2	Administração Pública	Estadual	Especial	Geral	Interior
HEPG3	Administração Pública	Estadual	Especial	Geral	Interior
HEPG4	Administração Pública	Estadual	Especial	Geral	Capital
HEPE1	Administração Pública	Estadual	Grande	Especializado ⁴	Capital
HEPE2	Administração Pública	Estadual	Grande	Especializado ⁴	Capital

Observação: 1-Oncologia, 2-Nefrologia, 3- Materno-infantil, 4- Cardiologia. * HEPG1 estão com os dados agregados nas análises deste trabalho.

Dos 24 hospitais de ensino estudados, quatro hospitais filantrópicos, além de atenderem clientes de diversas operadoras de planos de saúde, comercializam planos próprios, sendo três Santas Casas.

4.2 Leitos destinados ao atendimento de planos de saúde

Em 2018, os hospitais de ensino estudados destinavam, juntos, 19% do total de leitos disponíveis (1.751 dentre 9.136 leitos totais) para o atendimento de clientes de planos de saúde, o maior percentual verificado nos oito anos analisados. O menor patamar, 14,7%, foi registrado em 2013 (Gráfico 2). Na série histórica disponível, os planos de saúde ocuparam em média o percentual de 16,6% da capacidade instalada de leitos dos hospitais.

Gráfico 2 - Proporção de leitos privados sobre o total de leitos operacionais dos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

Ressalta-se que há grande heterogeneidade no percentual de leitos destinados a planos de saúde nos hospitais de ensino estudados, com valores mínimos e máximos entre os hospitais nos sete anos analisados variando de 1% a 60%, conforme demonstrado no Gráfico 3 a seguir.

Gráfico 3 - Box plot da proporção de leitos destinados a planos de saúde nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

Entre 2011 e 2018, no conjunto dos hospitais de ensino analisados, ocorreu aumento de 21% no número de leitos destinados a atendimento de planos de saúde. No entanto, este crescimento (300 leitos a mais) comportou-se de forma bastante heterogênea, seja considerando o conjunto de estabelecimentos ao longo dos sete anos analisados, seja analisando individualmente cada hospital.

Em 2018, o número de leitos privados nos HE atingiu o maior número absoluto no período estudado (1.751 leitos). Entre 2011 e 2013 ocorreu uma queda no número de leitos privados, com oscilações positivas e negativas posteriores (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Número total de leitos destinados a planos de saúde privados nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

Além de variar ao longo do tempo, também é heterogêneo, entre os hospitais, o aumento de leitos para clientes de planos de saúde. Do total de HE estudados, 14 deles aumentaram a reserva de leitos a planos privados, sendo que um deles aumentou 171% e nove hospitais apresentaram aumento superior à média do grupo de hospitais de ensino. Por outro lado, sete reduziram, com três hospitais gerais diminuindo próximo de 50% o número de leitos destinados a planos, dois filantrópicos e um público, no período analisado (Gráfico 4).

Dentre os hospitais filantrópicos, 11 aumentaram a oferta de leitos privados de 2% a 171%; já nos públicos, três hospitais aumentaram de 14% a 65% os leitos destinados a planos, considerando o período entre 2011 a 2018. Dentre os hospitais gerais, 11 aumentaram os leitos privados, e nos especializados dois hospitais, um oncológico e outro cardiológico, aumentaram em 33% e 14%, respectivamente, os leitos privados. Outros dois hospitais especializados em oncologia e nefrologia não apresentaram variação do número de leitos privados no período (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Variação percentual do número de leitos destinados a planos de saúde nos hospitais de ensino analisados, com destaque para a média e a mediana do grupo dos hospitais. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE. Observação: HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico Geral; HEFE – Hospital de Ensino Filantrópico Especializados; HEPG – Hospital de Ensino Público Geral e HEPE – Hospital de Ensino Público Especializado.

No mesmo período analisado, além do crescimento da destinação de leitos aos planos de saúde, foi observada a redução global de leitos destinados ao SUS nos hospitais de ensino. De 2011 a 2018 a oferta de leitos do SUS teve uma redução de 7%, o que representou um decréscimo de 530 leitos públicos. No entanto, os leitos SUS, assim como aqueles destinados a planos de saúde, registram comportamento irregular, variando para mais e para menos, ao longo do tempo (Gráfico 6 e Tabela 1).

Gráfico 6 - Número total de leitos SUS nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

Em 2018, 81% do total de leitos nos hospitais de ensino eram reservados aos usuários do SUS, percentual que em 2011 era 85%. A proporção de leitos SUS começa a reduzir a partir de 2014 (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de leitos operacionais totais, média (μ), desvio padrão (DP), mediana, máximo, mínimo e percentual, SUS e privado (planos), nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

	Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Planos	Total	1.451	1.426	1.375	1.482	1.606	1.496	1.595	1.751
	$\mu \pm DP$	63 $\pm$ 65	62 $\pm$ 66	60 $\pm$ 56	64 $\pm$ 63	70 $\pm$ 83	65 $\pm$ 61	69 $\pm$ 73	76 $\pm$ 82
	Mediana	48	45	47	43	43	49	51	50
	Mínimo	8	8	5	15	12	7	6	6
	Máximo	322	322	262	262	395	231	299	327
	%	15%	15%	15%	17%	18%	17%	18%	19%
SUS	Total	7.915	8.024	7.980	7.479	7.513	7.416	7.504	7.385
	$\mu \pm DP$	344 $\pm$ 337	349 $\pm$ 345	347 $\pm$ 342	325 $\pm$ 278	327 $\pm$ 279	322 $\pm$ 274	326 $\pm$ 267	321 $\pm$ 261
	Mediana	241	246	232	219	219	225	232	228
	Mínimo	54	58	54	54	54	54	54	54
	Máximo	1.616	1.643	1.640	1.249	1.234	1.211	1.163	1.154
	%	85%	85%	85%	83%	82%	83%	82%	81%
Total	Total	9.366	9.450	9.355	8.961	9.119	8.912	9.099	9.136
	$\mu \pm DP$	407 $\pm$ 350	411 $\pm$ 358	407 $\pm$ 354	390 $\pm$ 294	396 $\pm$ 296	387 $\pm$ 292	396 $\pm$ 291	397 $\pm$ 289
	Mediana	280	289	275	272	273	273	289	290
	Mínimo	77	87	77	77	77	77	77	77
	Máximo	1.672	1.699	1.699	1.296	1.294	1.280	1.232	1.223
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SAHE

Entre os hospitais estudados também foi heterogênea a oscilação da participação dos leitos SUS. Embora tenha ocorrido em média a redução de 7% nos leitos SUS no conjunto dos hospitais, nove estabelecimentos aumentaram a quantidade de leitos públicos no período, crescimento que variou de 4% a 109%. No entanto, 13 Hospitais apresentaram diminuição de leitos SUS entre 2011 a 2018, que variou de -1% a -29% (Gráfico 7).

Um mesmo Hospital de Ensino público (HEPG2), de atendimento geral, que teve a maior redução de leitos destinados a planos de saúde (52%), foi o que apresentou maior crescimento de leitos SUS no período (109%). Já um Hospital de Ensino público (HEPG4), também geral, que teve a maior redução de leitos SUS (-29%), foi o mesmo que apresentou um aumento de 23% de seus leitos destinados a planos privados.

Gráfico 7 - Variação percentual do número de leitos destinados ao SUS nos hospitais de ensino analisados, com destaque para a média e mediana do grupo. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE. Observação: HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico Geral; HEFE – Hospital de Ensino Filantrópico Especializados; HEPG – Hospital de Ensino Público Geral e HEPE – Hospital de Ensino Público Especializado.

Observou-se distribuição heterogênea de leitos públicos e privados entre os HE analisados, o que produziu um desvio padrão importante no grupo dos hospitais estudados (Gráfico 8 e Tabela 1). Isso ocorre porque há hospitais que destinaram em média, no ano de 2018, de 2% a 49% de seus leitos a planos de saúde. E, ainda,

metade dos hospitais (12) destina a planos percentual de leitos maior que a média de leitos privados de todos os hospitais de ensino (19%).

Gráfico 8 - Percentual de leitos destinados a beneficiários de planos de saúde sobre o total de leitos operacionais dos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2018

Fonte: SAHE. Observação: HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico Geral; HEFE – Hospital de Ensino Filantrópico Especializados; HEPG – Hospital de Ensino Público Geral e HEPE – Hospital de Ensino Público Especializado.

Na destinação de leitos, os hospitais comportam-se distintamente conforme a sua natureza jurídica. Os filantrópicos destinaram, juntos, em média 27% da sua capacidade aos planos de saúde no ano de 2018, enquanto os públicos destinaram bem menos, uma média de 7%. A partir de 2013, os hospitais de ensino filantrópicos apresentam um aumento mais expressivo da proporção de leitos privados em relação à capacidade instalada, momento em que esta proporção chega a seu maior valor de 27% em 2018. Por outro lado, nos HE públicos a perspectiva foi de estabilidade da proporção de leitos privados, em torno de 6% da capacidade instalada, ocorrendo um aumento de 6% para 7%, apenas entre 2017 a 2018 (Gráfico 9 e Tabela 2).

Os HE especializados destinaram na média do período dos sete anos analisados 15% de seus leitos para planos de saúde, chegando em 2018 a 17%. Já os HE gerais destinaram uma média maior no período, que foi de 17%, alcançando em 2018 a maior proporção (20%) dos leitos destinados a iniciativa privada.

Gráfico 9 - Proporção de leitos destinados a planos de saúde sobre o número total de leitos operacionais dos hospitais de ensino, por natureza jurídica, filantrópica e pública. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

No entanto, em cada grupo, público e filantrópico, também há disparidades. Dois filantrópicos, por exemplo, destinaram mais de 40% de seus leitos para planos; e um hospital de Ensino público apresentou 21% de sua capacidade de leitos a planos de saúde, percentual expressivamente superior à média dos hospitais públicos, e valor também superior à média dos HE filantrópicos. Sem considerar o HE público com maior destinação de leitos a planos de saúde, a média dos outros cinco hospitais públicos, foi de 5%, em 2018.

Nos hospitais de ensino filantrópicos ocorreu um aumento proporcional maior do número de leitos destinados aos planos de saúde privados, que foi de 23% no período de 2011 a 2018, representando um acréscimo de 285 leitos no período analisado. Assim, verificou-se que do aumento de leitos privados ocorrido nos hospitais de ensino no período analisado, a maior parte, 95% dos leitos foi em hospitais filantrópicos (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Número de leitos destinados a planos de saúde nos hospitais de ensino, por natureza jurídica (filantrópica e pública). São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE. Observação: HEF – Hospital de Ensino Filantrópico e HEP – Hospital de Ensino Público

Analisando o crescimento de número de leitos por tipo de atendimento, no período de 2011 a 2018, verifica-se que os HE gerais aumentaram em 22% seu número de leitos destinados a planos de saúde, enquanto os hospitais especializados tiveram um aumento menor, de 9% dos leitos privados no mesmo período.

Em relação aos leitos SUS, os HE públicos tiveram maior redução, que foi de 10% entre 2011 a 2018, e representou um decréscimo de 348 leitos em sete anos. Já os HE filantrópicos tiveram redução de 4% dos leitos SUS, que em termos práticos refletiu em um decréscimo de 182 leitos SUS (Gráfico 8). Desta forma, em termos proporcionais, observa-se uma maior de redução dos leitos SUS nos HE públicos quando comparados aos HE filantrópicos. No entanto, a proporção de leitos SUS em relação à capacidade instalada teve uma maior redução nos HE filantrópicos, passando de 78% em 2011 para 73% em 2018, possivelmente pelo fato dos hospitais filantrópicos terem ampliado em maior proporção os leitos destinados a planos de saúde e reduzido leitos SUS (Gráfico 11 e Tabela 2).

O grupo dos HE gerais apresentou redução de 6% do número de leitos destinados aos atendimentos do SUS ao longo dos sete anos analisados, já o grupo dos HE especializados reduziu 9% dos leitos SUS no mesmo período.

Gráfico 11 - Número de leitos destinados a usuários do SUS nos hospitais de ensino, por natureza jurídica (filantrópica e pública). São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE. Observação: HEF – Hospital de Ensino Filantrópico e HEP – Hospital de Ensino Público

Tabela 2 - Número de leitos operacionais totais, média (μ), desvio padrão (DP), mediana, máximo, mínimo e percentual, SUS e privado (planos de saúde), nos hospitais de ensino analisados, de acordo com a sua natureza jurídica, Filantrópica e Pública. São Paulo – 2011 a 2018

		Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Planos de Saúde	Filantrópico	Total	1.232	1.215	1.145	1.276	1.398	1.287	1.389	1.517
		$\mu \pm DP$	72 $\pm$ 73	71 $\pm$ 73	67 $\pm$ 61	75 $\pm$ 68	82 $\pm$ 92	76 $\pm$ 65	82 $\pm$ 80	89 $\pm$ 91
		Mediana	49	50	50	50	54	55	58	67
		Mínimo	8	8	5	20	20	13	6	6
		Máximo	322	322	262	262	395	231	299	327
		%	22%	23%	21%	24%	25%	24%	25%	27%
	Pública	Total	219	211	230	206	208	209	206	234
		$\mu \pm DP$	37 $\pm$ 28	35 $\pm$ 28	38 $\pm$ 30	34 $\pm$ 29	35 $\pm$ 32	35 $\pm$ 34	34 $\pm$ 32	39 $\pm$ 30
		Mediana	22	22	25	20	18	17	19	29
		Mínimo	14	13	15	15	12	7	7	10
		Máximo	84	82	90	89	88	87	81	81
		%	6%	5%	6%	6%	6%	6%	6%	7%
SUS	Filantrópico	Total	4.301	4.179	4.218	4.089	4.117	4.136	4.202	4.119
		$\mu \pm DP$	253 $\pm$ 186	246 $\pm$ 192	248 $\pm$ 189	241 $\pm$ 183	242 $\pm$ 189	243 $\pm$ 188	247 $\pm$ 187	242 $\pm$ 173
		Mediana	199	186	197	174	201	196	186	184

Total		Mínimo	54	58	54	54	54	54	54
		Máximo	653	662	629	629	632	624	615
		%	78%	77%	79%	76%	75%	76%	73%
	Público	Total	3.614	3.845	3.762	3.390	3396	3.280	3.302
		$\mu \pm DP$	602 $\pm$ 528	641 $\pm$ 517	627 $\pm$ 522	565 $\pm$ 372	566 $\pm$ 368	547 $\pm$ 370	550 $\pm$ 349
		Mediana	388	435	397	401	423	413	443
		Mínimo	246	248	248	252	231	221	246
		Máximo	1.616	1.643	1.640	1.249	1.234	1.211	1.163
		%	94%	95%	94%	94%	94%	94%	93%
	Filantrópico	Total	5.533	5.394	5.363	5.365	5.515	5.423	5.591
		$\mu \pm DP$	325 $\pm$ 224	317 $\pm$ 231	315 $\pm$ 224	316 $\pm$ 228	324 $\pm$ 233	319 $\pm$ 228	329 $\pm$ 241
		Mediana	248	231	246	238	251	256	238
		Mínimo	77	87	77	77	77	77	77
		Máximo	720	720	720	750	812	812	914
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Público	Total	3.833	4.056	3.992	3.596	3.604	3.489	3.508
		$\mu \pm DP$	639 $\pm$ 539	676 $\pm$ 527	665 $\pm$ 530	599 $\pm$ 376	601 $\pm$ 378	582 $\pm$ 382	585 $\pm$ 360
		Mediana	437	483	449	452	471	426	454
		Mínimo	267	269	275	272	243	233	258
		Máximo	1.672	1.699	1.699	1.296	1.294	1.280	1.232
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SAHE

Na análise estatística ANOVA não paramétrica, não foi constatada diferença significativa da influência do tempo na quantidade de leitos nos hospitais de ensino ($p=0,419$). Assim, o número de leitos SUS e de leitos destinados a planos de saúde se comportaram de forma semelhante ao longo do tempo ($p=0,317$). A proporção de leitos destinados ao atendimento de beneficiários de planos de saúde sobre o total de leitos operacionais apresentou-se estável ao longo do tempo ($p=0,170$).

Foi constatada diferença estatisticamente significativa no número de leitos destinados a SUS e a planos de saúde ($p=0,001$), sendo que quantitativamente no grupo de hospitais há mais leitos destinados a usuários SUS do que a clientes de planos de saúde. Além disso, foi evidenciada diferença estatisticamente significativa na proporção de leitos destinados aos planos de saúde entre HE filantrópicos e

públicos ($p < 0,001$), com os HE filantrópicos apresentando uma proporção de leitos destinados ao privado maior em relação aos HE públicos. Já a proporção de leitos privados entre hospitais gerais e especializados não apresentou diferença significativa ($p = 0,825$).

4.3 Internações públicas e privadas nos hospitais de ensino

Nos oito anos analisados, os hospitais de ensino estudados somaram 3.738.590 internações realizadas, sendo 2.979.663 (80%) via SUS e 758.887 (20%) via planos de saúde.

O comportamento da evolução de internações reforça e reproduz a tendência e os resultados do número de leitos, com registro de variações semelhantes ao longo do tempo e entre os hospitais pesquisados. Mas como se verá adiante, há nuances entre reserva de leitos e volume de internações realizadas.

A proporção das internações privadas sobre o total de internação dos hospitais manteve-se em patamar semelhante, com leves variações ao longo dos anos. A menor proporção foi em 2011, com 18,8% de internações privadas sob o total de internações e, a maior, em 2015, com 21,9%. A média dos sete anos analisados foi de 20% das internações do conjunto dos hospitais de ensino destinadas a planos de saúde (Gráfico 12 e Tabela 3).

Gráfico 12 - Proporção de internações de plano de saúde sobre o total de internação nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE e SIH / Datasus

Observou-se, entre 2011 a 2018, aumento de 5% no número de internações via planos de saúde no conjunto dos hospitais de ensino, o que representou um acréscimo de 4.486 internações no período. De 2015 a 2017 atingiu-se o maior patamar de internações privadas, que caiu novamente de 2017 para 2018. Embora entre 2017 a 2018 tenha ocorrido uma redução das internações privadas (-15%), houve nesse mesmo intervalo o aumento do número de leitos disponíveis para planos de saúde (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Número de internações via planos de saúde nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

A evolução da participação das internações privadas foi distinta entre hospitais. Dez hospitais tiveram aumento de 1% a 159% nas internações via planos de saúde, sendo sete filantrópicos e três públicos. Já 12 Hospitais diminuíram o volume de internações via planos de -1% a -77%. Um hospital filantrópico não apresentou variação ao longo do tempo (Gráfico 14 e Tabela 3). Dos especializados, um hospital oncológico apresentou aumento do número de internações via planos de saúde, os outros quatro hospitais especializados apresentaram diminuição das internações privadas (-26% a -54%).

Gráfico 14 - Variação percentual das internações de planos de saúde em hospitais de ensino analisados, com destaque para a média e mediana do grupo. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE. Observação: HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico Geral; HEFE – Hospital de Ensino Filantrópico Especializados; HEPG – Hospital de Ensino Público Geral e HEPE – Hospital de Ensino Público Especializado.

Enquanto as internações via planos de saúde cresceram 5% nos hospitais de ensino, as internações via SUS tiveram redução de 2% no período estudado, o que corresponde a 5.943 internações a menos em 2018, se comparado a 2011, acompanhando a redução do número de leitos destinados ao SUS. Ao longo dos anos há variações para mais ou para menos no número de internações via SUS nos hospitais de ensinos estudados (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Número de internações a usuários do SUS nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SIH / Datasus

Dez hospitais de ensino, todos filantrópicos, aumentaram o número de internações SUS no período, crescimento que variou de 2% a 43%, enquanto outros 10 reduziram as internações SUS entre -1% a -31%. Já três hospitais filantrópicos não tiveram alteração no volume de internações públicas, sendo um especializado em oncologia (Gráfico 15 e Tabela 3).

O Hospital de Ensino filantrópico e especializado em nefrologia (HEFE2) que teve o maior aumento percentual das internações SUS (43%) apresentou redução das internações destinadas a planos de saúde (-23%). Já o hospital filantrópico geral (HEFG2) que apresentou a maior diminuição na produção de internações SUS (-31%), também reduziu as internações destinadas à iniciativa privada (-63%), entre 2011 a 2018 (Gráfico 16 e Tabela 3).

Gráfico 16 - Variação percentual das internações SUS nos hospitais de ensino analisados, com destaque para a média e mediana do grupo de hospitais. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SIH/DATASUS. Observação: HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico Geral; HEFE – Hospital de Ensino Filantrópico Especializados; HEPG – Hospital de Ensino Público Geral e HEPE – Hospital de Ensino Público Especializado.

Assim como no número de leitos observou-se heterogeneidade nas internações (as duas variáveis guardam relação), gerando desvio padrão elevado no grupo estudado. Destaca-se que 12 HE analisados, ou seja, metade da amostra apresentou percentual de internações destinadas a planos de saúde acima da média de todos os HE (20%), que variou de 21% a 53%. Por outro lado, 10 hospitais apresentaram percentual de internações destinadas a planos de saúde abaixo da média do grupo de hospitais de ensino, variando de 1% a 18% (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Proporção das internações de beneficiários de planos de saúde sobre o total de internações nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2018

Fonte: SAHE e SIH/Datasus. Observação: HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico Geral; HEFE – Hospital de Ensino Filantrópico Especializados; HEPG – Hospital de Ensino Público Geral e HEPE – Hospital de Ensino Público Especializado.

Para o SUS foi possível consultar, no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), se para os atendimentos ambulatoriais há a mesma tendência verificada nas internações. Realizando um recorte das consultas médicas realizadas pelos hospitais de ensino estudados, verifica-se que também houve redução, de -14% entre 2011 a 2018, o que representou na prática a diminuição de 822 mil consultas médicas para o SUS (Gráfico 18). As consultas médicas privadas não estavam disponíveis em sua completude na base de dados CIHA, pois há problemas na alimentação deste sistema para os procedimentos ambulatoriais. Trata-se, portanto, de uma limitação do presente estudo.

Fonte: SAHE e SIH/Datasus

Nos filantrópicos foi maior a proporção de internações de planos de saúde (26%) que nos públicos (7%). Entre 2015 a 2017, os HE filantrópicos apresentam um aumento mais expressivo da proporção de internações privadas, momento em que esta proporção chega ao seu valor máximo de 29%. Já nos HE públicos há estabilidade na proporção de internações privadas, em torno de 6% e 7% da capacidade instalada (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Proporção de internações destinadas a planos de saúde sobre o número total de internações nos hospitais de ensino analisados, filantrópicos e públicos. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE e SIH / Datasus

Nos HE filantrópicos ocorreu um maior aumento do número de internações realizadas via planos de saúde, que foi de 6% entre 2011 a 2018, representado em termos absolutos a realização de mais 4.356 internações. Nos HE públicos esse crescimento foi menos expressivo, de 1% no mesmo período, o que representou um acréscimo de 130 internações no período estudado (Gráfico 20 e Tabela 4).

Em 2011, os HE gerais e especializados destinavam em média 19% dos atendimentos ao privado, proporção que reduziu para os hospitais especializados e aumentou para os hospitais gerais. Os HE especializados realizaram em média 17% das internações para planos de saúde em 2018, percentual inferior ao dos hospitais gerais que destinaram em média 20% dos atendimentos ao privado.

Nos HE especializados ocorreu redução do número de internações a clientes de planos de saúde, -12,8%, no período de 2011 a 2018. Os HE gerais, por sua vez, aumentaram em 7,8% o número de internações privadas no mesmo período.

Gráfico 20 - Número de internações de beneficiários de planos de saúde nos hospitais de ensino analisados, por natureza jurídica (filantrópica e pública). São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

Em relação à produção SUS, os HE públicos tiveram uma maior redução de 6% no mesmo período, o que representou decréscimo de 8.198 internações no período de sete anos. Já os HE filantrópicos tiveram aumento de 1% na produção das internações SUS, o que representou mais 2.255 internações para o SUS (Gráfico 21).

Os HE especializados apresentaram um pequeno aumento nas internações de usuários do SUS, que foi 1% ao longo dos oito anos analisados, representando acréscimo de 288 internações. Já os hospitais do tipo geral apresentaram diminuição de -2% nas internações públicas (resultando em menos 6.231 internações SUS), no período analisado.

Gráfico 21 - Número de internações a usuários do SUS nos hospitais de ensino analisados, por natureza jurídica (filantrópica e pública). São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SIH / Datasus

Tabela 4 - Número de internações totais, média (μ), desvio padrão (DP), mediana, máximo, mínimo e percentual, SUS e privado (planos), nos hospitais de ensino analisados, segundo natureza jurídica, Filantrópico e Público. São Paulo - 2011 a 2018

		Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Planos de Saúde	Filantrópico	Total	73405	81530	80543	83582	96917	92089	93246	77761
		$\mu \pm DP$	4318 $\pm$ 4040	4796 $\pm$ 5235	4738 $\pm$ 5084	4917 $\pm$ 5439	5701 $\pm$ 7628	5417 $\pm$ 7120	5485 $\pm$ 7109	4574 $\pm$ 4779
		Mediana	2958	3016	2851	2999	3068	2935	3404	3369
		Mínimo	514	444	218	141	155	193	132	146
		Máximo	14162	20198	19578	19466	30627	28671	28671	18166
		%	25%	27%	26%	26%	29%	29%	29%	26%
	Público	Total	10344	9980	9631	9419	9708	9748	10510	10474
		$\mu \pm DP$	1724 $\pm$ 1678	1663 $\pm$ 1487	1605 $\pm$ 1398	1570 $\pm$ 1430	1618 $\pm$ 1468	1625 $\pm$ 1667	1752 $\pm$ 1993	1746 $\pm$ 1997
		Mediana	795	940	993	901	1158	1117	995	1099
		Mínimo	343	317	323	455	300	118	145	158
		Máximo	4266	3665	3581	3854	3927	4278	5266	5398
		%	7%	6%	6%	6%	6%	6%	7%	7%
SUS	Filan	Total	220517	224297	232304	234287	232498	229332	226527	222772

Total		μ ± DP	12971± 8052	13194± 8200	13665± 8585	13782± 9496	13676± 9126	13490± 9165	13325± 8977	13104± 8211
		Mediana	11834	12284	11945	11980	11916	11680	11596	10802
		Mínimo	2498	2281	2497	2290	2582	2622	2297	2552
		Máximo	30258	31105	35838	40218	39139	39424	39151	35970
		%	75%	73%	74%	74%	71%	71%	71%	74%
	Público	Total	141828	145039	145855	149207	146693	145659	149218	133630
		μ ± DP	23638± 16339	24173± 16319	24309± 15839	24868± 16176	24449± 16398	24277± 16668	24870± 17744	22272± 14177
		Mediana	17106	17509	17822	18610	17920	18037	18462	17995
		Mínimo	9232	9410	9893	10073	9906	9416	8808	9119
		Máximo	51690	50168	48439	50248	49313	49476	52538	45151
		%	93%	94%	94%	94%	94%	94%	93%	93%
	Filantropico	Total	293922	305827	312847	317869	329415	321421	319773	300533
		μ ± DP	17290± 10536	17990± 11306	18403± 11866	18698± 13101	19377± 13962	18907± 13488	18810± 13272	17678± 11753
		Mediana	14698	15237	14838	14958	15115	15237	15000	15557
		Mínimo	4058	3889	4102	4114	4037	3527	3094	3523
		Máximo	44241	45782	50578	57298	57070	55588	55007	54136
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Público	Total	152172	155019	155486	158626	156401	155407	159728	144104
		μ ± DP	25362± 17356	25837± 17048	25914± 16531	26438± 16993	26067± 17251	25901± 17659	26621± 19093	24017± 15685
		Mediana	19178	19624	19940	20533	20065	19568	19459	19509
		Mínimo	9575	9727	10216	10537	10245	9569	8953	9277
		Máximo	55956	53833	52020	54101	53240	53754	57804	50549
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Na análise estatística ANOVA não paramétrica, o número de internações de usuários do SUS e de internações de beneficiários de planos de saúde se comportou de forma semelhante ao longo do tempo ($p=0,255$).

Foi constatada diferença estatisticamente significativa no número de internações realizadas pelo SUS e a beneficiários de planos de saúde ($p=0,001$). No grupo de hospitais há mais internações de usuários SUS do que internações a beneficiários a planos de saúde. Também há significância ($p=0,017$) da natureza jurídica sobre o número de internações privadas: os hospitais de ensino filantrópicos

apresentaram proporção de internações privadas maior do que os públicos. Já entre hospitais gerais e especializados não houve diferença significativa ($p=0,641$).

4.4 Indicadores hospitalares para planos de saúde e SUS nos hospitais de ensino

➤ Índice de rotatividade e taxa de ocupação

Na utilização dos leitos disponíveis, aqui medida pelo índice de rotatividade de leito¹, houve diminuição da rotatividade dos leitos privados. No mesmo período diminuiu em 17% o número de internações realizadas por leito destinado a planos de saúde. Essa redução foi maior nos filantrópicos (-19%) do que nos públicos (-5%). Assim, os hospitais de ensino passaram a realizar menos internações privadas por leito entre 2011 a 2018 (Tabela 5).

Tabela 5 - Relação de internações realizadas a beneficiários de planos privados por leito privado disponível (índice de rotatividade) nos hospitais de ensino analisados, filantrópicos e públicos. São Paulo - 2011 a 2018

Grupo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação %
HEF	63,28	68,11	72,35	66,50	70,51	71,55	67,13	51,26	-19%
HEP	47,23	47,30	41,87	45,72	46,67	46,64	51,02	44,76	-5%
Total dos HE	60,73	64,87	66,91	63,43	67,24	68,07	65,05	50,39	-17%

Fonte: SAHE. HEF (Hospitais de Ensino Filantrópico) e HEP (Hospitais de Ensino Público). Observação: variação percentual mensurada entre o período de 2011 a 2018.

A taxa de ocupação dos leitos destinados a planos de saúde diminuiu 6% nos hospitais de ensino entre 2011 a 2018, período em que a média de ocupação dos leitos privados foi de 61,47%.

Os HE públicos apresentaram uma média de ocupação dos leitos privados, no mesmo período, menor (45,72%) quando comparados com os filantrópicos (64,02%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Taxa de ocupação anual média dos leitos destinados a planos de saúde nos hospitais de ensino analisados, por natureza jurídica, filantrópico e público. São Paulo – 2011 a 2018

Grupo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação %
-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------------

¹ O índice de rotatividade representa a utilização da capacidade instalada, e é mensurado pelo número de internações realizadas por leito em determinado período.

HEF	59,97	65,85	84,92	63,58	60,18	62,86	59,80	54,98	-8%
HEP	32,49	39,70	50,23	53,94	53,30	50,28	46,35	39,40	21%
Total HE	56,17	62,18	79,43	62,32	59,34	61,16	58,11	52,98	-6%

Fonte: SAHE e CIHA. HEF (Hospitais de Ensino Filantrópico) e HEP (Hospitais de Ensino Público). Observação: variação percentual mensurada entre o período de 2011 a 2018.

No caso dos leitos destinados ao SUS, houve redução de 7% nos hospitais de ensino no período de 2011 a 2018, enquanto as internações SUS reduziu em menor proporção (-2%). Os HE públicos reduziram em -10% seu número de leitos SUS e em -6% as internações SUS. Já os HE filantrópicos, reduziram em -4%, os leitos SUS e aumentaram em 1% o número de internações SUS.

O índice de rotatividade de leito para o SUS aumentou 5%, passando de 46 internações por leitos em 2011, para 48 internações por leito em 2018, nos HE estudados (Tabela 7).

Tabela 7 - Relação de internações SUS por leito disponível (índice de rotatividade) nos hospitais de ensino analisados, filantrópicos e públicos. São Paulo - 2011 a 2018

Grupo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação %
HEF	51,27	53,67	55,07	57,30	56,47	55,45	53,91	54,08	5%
HEP	39,24	37,72	38,77	44,01	43,20	44,41	45,19	40,92	4%
Total HE	45,78	46,03	47,39	51,28	50,47	50,57	50,07	48,26	5%

Fonte: SAHE. HEF (Hospitais de Ensino Filantrópico) e HEP (Hospitais de Ensino Público). Observação: variação percentual mensurada entre o período de 2011 a 2018.

Já a taxa de ocupação dos leitos SUS nos HE também foi maior, com valor médio de 79,14 no período de 2011 a 2018 (Tabela 8). Além disso, observou-se um aumento da taxa de ocupação dos leitos SUS de 20% entre 2011 a 2018. A taxa de ocupação SUS é semelhante nos HE públicos e filantrópicos, próximo a 80%.

Tabela 8 - Taxa de ocupação anual média dos leitos destinados ao SUS nos Hospitais de Ensino analisados, por natureza jurídica, São Paulo – 2011 a 2018

Grupo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação %
HEF	67,18	76,56	80,27	81,21	85,13	83,56	80,55	83,12	24%
HEP	69,71	72,76	75,44	84,18	82,08	82,25	80,62	80,85	16%
Total HE	68,34	74,74	78,00	82,56	83,75	82,98	80,58	82,12	20%

Fonte: SAHE e SIH. HEF (Hospitais de Ensino Filantrópico) e HEP (Hospitais de Ensino Público). Observação: variação percentual mensurada entre o período de 2011 a 2018.

➤ Tempo médio de permanência

A média de permanência das internações de usuários SUS (6,1 dias) foi 45% superior as das internações de planos e saúde (4,1 dias) (Tabela 9).

Tabela 9 - Média de permanência, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo das internações de usuários SUS e de planos de saúde nos hospitais de ensino. São Paulo - 2011 a 2018

Hospitais de ensino	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Planos	4,2	1,9	3,5	1,5	10,0
SUS	6,1	1,8	5,8	2,8	10,7

Fonte: SIH e CIHA / DATASUS

Nos HE públicos, usuários do SUS apresentaram um tempo médio de permanência (8,31 dias) maior que pacientes de planos de saúde (6 dias); enquanto os hospitais filantrópicos registraram 5,31 para o SUS e 3,61 para planos de saúde. Os HE especializados também apresentaram tempo média de permanência via SUS (7,57 dias) e de planos de saúde (6,12 dias) maior quando comparados com os gerais (5,74 e 3,58, respectivamente).

4.5 Receitas dos hospitais de ensino oriundas do atendimento a planos de saúde

Ao longo dos oito anos analisados, nos 24 hospitais de ensino estudados, a receita aumentou tanto de recursos provenientes do SUS (em 88%) quanto dos planos de saúde (em 103%). Os hospitais arrecadaram com atendimento a planos de saúde cerca de R\$ 8,7 bilhões, o que correspondeu a 18% do total da receita desses hospitais. O restante do valor arrecadado, que são todas as demais receitas, excluindo planos privados, correspondeu a mais de R\$ 40,5 bilhões (82% do total).

Há variações ao longo dos anos. A receita média anual vinda de planos privados cresceu 55% de 2015 a 2018, percentual superior ao SUS neste mesmo

período (16%). Já de 2011 a 2014 ocorreu o inverso: enquanto a receita média anual dos atendimentos SUS saltou 61%, a receita privada cresceu 10% (Gráfico 22).

Gráfico 22 - Valor da receita média anual (R\$) do SUS e de planos de saúde nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

Os hospitais de ensino filantrópicos apresentaram uma média, em 2018, de 34% de suas receitas provenientes dos atendimentos a planos de saúde, valor mais de 4 vezes maior que a média dos hospitais de ensino público, que foi de 8% em 2018. No entanto, um Hospital de Ensino filantrópico se destacou por ter 89% de suas receitas provenientes dos atendimentos privados, em 2018. Neste caso específico, pelo elevado percentual destoante dos demais, aconselha-se olhar com ressalvas o dado disponível na base utilizada pelo estudo, embora o perfil e práticas divulgadas publicamente pelo hospital, o aproximam mais de interesses privados do que públicos.

Dentre os hospitais de ensino público um deles destacou-se com 23% de sua receita oriunda dos atendimentos a planos de saúde. Os outros cinco Hospitais públicos apresentaram média que variou entre 2% a 6% em 2018 (Gráfico 23).

Com relação ao tipo de estabelecimento, os HE especializados apresentaram média, entre nos oito anos analisados, de 22% de suas receitas oriundas dos

atendimentos a planos de saúde. Os HE gerais apresentaram média de 17% para o mesmo período.

Gráfico 23 - Proporção de receita dos atendimentos de planos de saúde sobre o total de receitas operacionais dos hospitais de ensino analisados, com destaque às médias nos HE, e nos filantrópicos (HEF) e públicos (HEP). São Paulo - 2018

Fonte: SAHE e SIH/Datasus. Observação: HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico Geral; HEFE – Hospital de Ensino Filantrópico Especializados; HEPG – Hospital de Ensino Público Geral e HEPE – Hospital de Ensino Público Especializado.

Analisando a proporção média de receita relacionada aos atendimentos de planos de saúde ao longo de sete anos, observou-se certa estabilidade tanto no conjunto, quanto nos grupos de filantrópicos e públicos (Gráfico 24). Já nos HE especializados, o percentual de receita de planos de saúde foi maior em relação aos hospitais gerais, no período de 2011 até 2016 (de 20% a 77% maior). No entanto, a partir de 2017 esta diferença começa a diminuir, caindo para 7%, e chegando a 3% em 2018, com os dois tipos de estabelecimentos, especializados e gerais, ficando com percentual de receita privada muito próxima em 2018 (21% e 20,5%, respectivamente).

Gráfico 24 - Evolução de proporção da receita dos atendimentos de planos de saúde em relação ao total de receitas operacionais dos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE

No grupo dos hospitais de ensino, oito apresentaram, entre 2011 e 2018, aumento da proporção de receitas privadas, crescimento que variou de 5% a 439%. Dentre os hospitais públicos, dois tiveram variação positiva da proporção das receitas privadas (105% e 62%), enquanto seis hospitais filantrópicos apresentaram variação positiva (Gráfico 25).

Gráfico 25 - Proporção da receita dos atendimentos de planos de saúde em relação ao total de receitas operacionais dos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 e 2018

Fonte: SAHE. Observação: HEFG – Hospital de Ensino Filantrópico Geral; HEFE – Hospital de Ensino Filantrópico Especializados; HEPG – Hospital de Ensino Público Geral e HEPE – Hospital de Ensino Público Especializado.

Nos hospitais estudados o volume de receita SUS foi significativamente maior ($p < 0,001$) que a receita via planos de saúde.

Ao longo do tempo as receitas SUS e de planos de saúde se modificaram de forma semelhante ($p = 0,303$), apresentando um crescimento similar. A proporção de receita de planos de saúde sobre o total de receitas dos HE também foi estável ao longo dos sete anos analisados ($p = 0,200$).

Por fim, verificou-se que a natureza jurídica dos hospitais influencia na quantidade de receita SUS e de planos de saúde ($p = 0,001$), com os HE filantrópicos apresentando uma proporção de receita de planos de saúde maior em relação aos hospitais públicos. Já o tipo de hospital, geral e especializado, não teve influência na proporção de receitas privadas ($p = 0,117$).

4.6 Valor médio de internação via SUS e via planos de saúde

O valor médio da internação via SUS e via planos de saúde é um indicador não usual, com limitações, acionado diante da impossibilidade de discriminar, separadamente, os valores recebidos pelos hospitais para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Diante desta impossibilidade, dividiu-se os valores totais recebidos pelos hospitais pelo SUS e pelos planos de saúde, pelo número de internações públicas e privadas, respectivamente.

Nos anos estudados cresceu o valor médio das internações nos hospitais de ensino, tanto via SUS (de R\$ 7.590,25 em 2011 para R\$ 15.114,17 em 2018) quanto de planos de saúde privados (de R\$ 9.956,13 em 2011 para R\$ 21.095,80 em 2018).

Nos hospitais de ensino analisados, o valor médio mínimo da receita por internação de planos de saúde no ano de 2018 (R\$ 4.242,66) foi menor que o mínimo via SUS (R\$ 4.567,91), mas no conjunto o valor médio da internação via planos foi 40% maior em relação ao valor médio do SUS (Tabela 10). Destaca-se os hospitais especializados que apresentaram um valor médio de internação SUS e de planos de saúde duas vezes maior em relação aos hospitais gerais.

No conjunto dos hospitais o valor médio do SUS cresceu 99%, crescimento menor, mas próximo ao apresentado pelos planos de saúde, que aumentou 112%. No grupo dos filantrópicos o crescimento do valor médio da internação SUS foi de 106%, e de 115% para os planos de saúde. Nos HE públicos observou-se um menor crescimento do valor médio SUS (91%) e de planos de saúde (107%) (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Valor médio (R\$) das internações SUS e de planos de saúde nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Fonte: SAHE e SIH / DATASUS

Tabela 10 - Valor médio da receita (R\$) por internações via planos de saúde e via SUS nos hospitais de ensino analisados. São Paulo – 2018

	Planos de Saúde			SUS		
	Mínimo	Média	Máximo	Mínimo	Média	Máximo
Hospital de Ensino	R\$ 4.242,66	R\$ 21.095,80	R\$ 55.025,27	R\$ 4.567,91	R\$ 15.114,17	R\$ 40.750,99
HE Filantrópicos	R\$ 4.242,66	R\$ 16.808,17	R\$ 40.113,40	R\$ 4.567,91	R\$ 11.420,16	R\$ 27.271,38

HE Públicos	R\$ 8.223,49	R\$ 33.244,11	R\$ 55.025,27	R\$ 12.563,19	R\$ 25.580,52	R\$ 40.750,99
HE Geral	R\$ 4.242,66	R\$ 17.015,53	R\$ 55.025,27	R\$ 4.567,91	R\$ 12.277,28	R\$ 40.750,99
HE Especializado	R\$ 17.700,90	R\$ 35.784,78	R\$ 51.251,80	R\$ 15.164,91	R\$ 25.326,99	R\$ 37.415,80

Fonte: SAHE e SIH/DATASUS

O valor médio da internação SUS representa para os hospitais de ensino 71% do valor médio de internação de planos de saúde. Nos hospitais de ensino filantrópicos a receita média de internações do SUS representou 67%, enquanto nos públicos foi de 77% (Tabela 11).

Tabela 11 - Razão da receita média de intenções do SUS pelos planos de saúde privados, nos hospitais de ensino analisados, por natureza jurídica e tipo de atendimento. São Paulo - 2018

	Razão (SUS/Planos)
Hospitais de Ensino (HE)	0,71
HE Filantrópicos	0,67
HE Públicos	0,77
HE Gerais	0,72
HE Especializados	0,71

Fonte: SAHE

Quando analisado cada hospital individualmente, observou-se que oito hospitais de ensino (35%) apresentaram valor médio de internação SUS superior ao valor médio dos planos de saúde, ano de 2018, sendo dois hospitais públicos e seis filantrópicos (Tabela 12).

Tabela 12 - Valor médio (R\$) da internação via SUS e via planos de saúde, razão entre a média de internação SUS e planos, nos hospitais de ensino, públicos e filantrópicos, gerais e especializados, analisados. São Paulo – 2018

Hosp.	Natureza jurídica	Tipo	Média internação SUS (R\$)	Média internação Planos (R\$)	Razão SUS/Planos	Excesso
HEFG12	Filantrópico	Geral	19.634,87	12.376,12	1,59	SUS
HEFG14	Filantrópico	Geral	13.249,19	9.520,65	1,39	SUS
HEFE3	Filantrópico	Especializado	21.749,15	23.607,91	0,92	Plano
HEFE1	Filantrópico	Especializado	27.271,38	17.700,90	1,54	SUS
HEFE2	Filantrópico	Especializado	15.164,91	40.113,40	0,38	Plano

HEFG3	Filantropico	Geral	8.076,83	11.855,29	0,68	Plano
HEFG5	Filantropico	Geral	8.375,62	6.955,34	1,20	SUS
HEFG6	Filantropico	Geral	14.369,22	16.530,72	0,87	Plano
HEFG10	Filantropico	Geral	10.670,06	8.326,20	1,28	SUS
HEFG1	Filantropico	Geral	5.077,91	4.242,66	1,20	SUS
HEFG13	Filantropico	Geral	9.411,52	34.332,95	0,27	Plano
HEFG4	Filantropico	Geral	6.677,56	12.296,42	0,54	Plano
HEFG7	Filantropico	Geral	4.957,43	18.226,73	0,27	Plano
HEFG9	Filantropico	Geral	6.738,73	15.837,90	0,43	Plano
HEFG2	Filantropico	Geral	4.651,80	6.546,95	0,71	Plano
HEFG11	Filantropico	Geral	4.567,91	33.367,73	0,14	Plano
HEFG8	Filantropico	Geral	13.498,71	13.901,00	0,97	Plano
HEPG2	Administração Pública	Geral	14.591,51	8.223,49	1,77	SUS
HEPG1	Administração Pública	Geral	12.563,19	17.838,46	0,70	Plano
HEPG4	Administração Pública	Geral	40.750,99	20.875,71	1,95	SUS
HEPG3	Administração Pública	Geral	23.127,94	55.025,27	0,42	Plano
HEPE2	Administração Pública	Especializado	37.415,80	51.251,80	0,73	Plano
HEPE1	Administração Pública	Especializado	25.033,70	46.249,90	0,54	Plano

Fonte: SAHE e SIH/DATASUS

Nos hospitais de ensino o valor médio das internações de planos de saúde é maior que o valor médio do SUS ($p=0,030$). O valor da receita média aumentou ao longo dos sete anos analisados para o SUS e para planos de saúde ($p<0,001$), com os valores médios de internação SUS e de planos de saúde se comportando de forma semelhante ($p=0,783$). A razão entre o valor médio de internação SUS e de planos de saúde se manteve ao longo dos sete anos analisados ($p=0,750$).

Há associação do valor médio de internação com o tipo de atendimento do hospital e a natureza jurídica ($p<0,001$). O valor médio das internações privadas foi maior que o SUS nos hospitais especializados em relação aos gerais ($p=0,015$) e nos hospitais públicos em relação aos filantrópicos ($p=0,075$).

4.7 Causas das internações de pacientes de planos de saúde internados em hospitais de ensino

Foram analisadas, nos hospitais de ensino as causas de internações segundo Capítulo da Classificação Internacional de Doenças – décima edição (CID-10). Entre

2011 e 2018, considerando o volume total de internações, as três principais causas de usuários via SUS foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. No mesmo período, as internações de beneficiários via planos de saúde foram principalmente por doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho geniturinário e doenças do aparelho digestivo (Tabela 10).

Nos hospitais de ensino, o SUS internou proporcionalmente mais em relação aos planos de saúde as seguintes causas: doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças de sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema nervoso, doença de olhos e anexos, doenças do ouvido e da apófise mastoide, doenças do aparelho circulatório e respiratório, doenças de pele e do tecido subcutâneo, gravidez, parto puerpério, afecções do período perinatal, má formação congênita e consequências de causas externas (Tabela 13).

Nas internações realizadas pelos planos de saúde observa-se um número maior de internações, relacionadas aos capítulos das seguintes causas: doenças endócrinas e metabólicas, doenças do aparelho digestivo, doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, doenças do aparelho geniturinário, sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratoriais, causas externas de morbidade e mortalidade e contato com serviços de saúde.

Tabela 13 - Causas de internações por Capítulo CID-10 via SUS e via Planos de Saúde, nos hospitais de ensino estudados. São Paulo - 2011 a 2018

Diagnóstico por Capítulo CID10	Planos de Saúde	% Planos	SUS	% SUS
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16.881	2,43% (11)	148.571	4,94% (8)
II. Neoplasias (tumores)	62.109	8,94% (5)	363.388	12,07% (2)
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	6.011	0,87% (15)	32.274	1,07% (18)
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	22.806	3,28% (10)	54.731	1,82% (17)
V. Transtornos mentais e comportamentais	3.374	0,49% (18)	25.780	0,86% (19)
VI. Doenças do sistema nervoso	15.071	2,17% (12)	108.539	3,61% (9)
VII. Doenças do olho e anexos	3.573	0,51% (17)	65.386	2,17% (13)
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2.623	0,38% (19)	14.413	0,48% (20)
IX. Doenças do aparelho circulatório	84.667	12,19% (1)	459.190	15,26% (1)
X. Doenças do aparelho respiratório	50.025	7,20% (7)	219.491	7,29% (7)
XI. Doenças do aparelho digestivo	73.272	10,55% (3)	250.300	8,32% (5)
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12.142	1,75% (13)	64.147	2,13% (12)
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	35.720	5,14% (9)	84.105	2,79% (10)

XIV. Doenças do aparelho geniturinário	83.370	12,00% (2)	228.474	7,59% (6)
XV. Gravidez parto e puerpério	55.072	7,93% (6)	295.315	9,81% (4)
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	5.985	0,86% (16)	56.330	1,87% (16)
XVII. Malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas	8.649	1,25% (14)	58.178	1,93% (14)
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	65.323	9,40% (4)	68.197	2,27% (11)
XIX. Lesões envenenamento e algumas outras consequências causas externas	46.288	6,66% (7)	355.024	11,80% (3)
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.416	0,20% (20)	642	0,02% (21)
XXI. Contatos com serviços de saúde	39.890	5,74% (8)	57.361	1,91% (15)
XXII. Códigos para propósitos especiais	6	0,00% (22)	1	0,00% (22)
Não preenchido	306	0,04% (21)	-	-
Total	694.579	100,00%	3.009.837	100,00%

Fonte: SIH e CIHA / DATASUS

Há diferença estatística das causas de internações, vistas pelo Capítulo CID-10, entre os usuários do SUS e beneficiários de planos de saúde privados, considerando as internações realizadas no período de 2011 a 2018.

A proporção dos capítulos I (doenças parasitárias e infecciosas), IX (doenças do aparelho circulatório), XVI (afecções do período perinatal), XIX (lesões, envenenamento e consequências de causas externas) do Capítulo CID-10 é mais frequente no SUS do que em planos de saúde. A proporção dos capítulos IV (doenças endócrinas e metabólicas), XIII (doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo), XVIII (sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais), XXI (contato com serviços de saúde) do CID é mais frequente em planos de saúde do que no SUS.

Em todos os capítulos CID-10 há diferenças entre os hospitais analisados. Apesar da diferença entre SUS e planos para o conjunto de hospitais, esta situação não se reproduz da mesma forma em todos os hospitais (Tabela 14).

Tabela 14 - Risco relativo, intervalo de confiança e heterogeneidade das variáveis do capítulo CID-10 nos hospitais de ensino analisados. São Paulo - 2011 a 2018

Variável CID	Risco Relativo	IC 95%		Excesso*	Heterogeneidade [#]	
CID I	2,34	1,70	3,22	SUS	I ² =99,7	p < 0.001
CID II	1,01	0,64	1,59	=	I ² =100,0	p < 0.001
CID III	1,19	0,88	1,60	=	I ² =98,8	p < 0.001
CID IV	0,55	0,36	0,83	Plano	I ² =99,8	p < 0.001
CID V	0,54	0,23	1,26	=	I ² =99,5	p < 0.001
CID VI	1,21	0,74	1,99	=	I ² =99,8	p < 0.001
CID VII	1,10	0,61	1,97	=	I ² =99,5	p < 0.001

CID VIII	0,72	0,40	1,30	=	I ² =99,2	p < 0.001
CID IX	1,55	1,07	2,24	SUS	I ² =100,0	p < 0.001
CID X	1,20	0,94	1,52	=	I ² =99,8	p < 0.001
CID XI	1,00	0,75	1,35	=	I ² =99,9	p < 0.001
CID XII	1,46	0,99	2,16	=	I ² =99,6	p < 0.001
CID XIII	0,54	0,36	0,80	Plano	I ² =99,9	p < 0.001
CID XIV	0,78	0,59	1,04	=	I ² =99,9	p < 0.001
CID XV	1,65	0,91	3,00	=	I ² =100,0	p < 0.001
CID XVI	1,84	1,18	2,88	SUS	I ² =99,5	p < 0.001
CID XVII	0,80	0,55	1,16	=	I ² =99,6	p < 0.001
CID XVIII	0,48	0,33	0,71	Plano	I ² =99,9	p < 0.001
CID XIX	2,20	1,75	2,76	SUS	I ² =99,8	p < 0.001
CID XXI	0,50	0,27	0,92	Plano	I ² =99,9	p < 0.001

CID XX, XXII e Sem Classificação não foram apresentados devido ao grande número de zeros.

* Esta coluna indica se há diferença entre a proporção de atendimentos SUS e Saúde Suplementar e em qual deles há maior número de atendimentos.

#Esta coluna indica a existência de diferença significativa entre hospitais.

A relação dos atendimentos por faixa etária apresentou uma distribuição com algumas diferenças entre usuários do SUS e de clientes de planos de saúde. Destacam-se a faixa etária de 25 até 44 anos e de 80 e mais anos, em que a proporção de atendimentos de planos é um pouco maior em relação ao SUS. O SUS apresenta uma proporção maior no atendimento de criança, principalmente de 0 a 4 anos, de adolescentes e jovens (de 10 a 24 anos) e de pessoas entre 50 a 74 anos. O atendimento da população idosa (maior de 60 anos), representou aproximadamente 30% dos atendimentos público e privado nos hospitais de ensino (Tabela 14).

Tabela 15 - Números de internações via planos de saúde e via SUS, distribuídas por faixa etária, nos hospitais de ensino analisados. São Paulo – 2011 a 2018

Faixa Etária	Planos	%Planos	SUS	%SUS
0-4a	50235	7,23%	261266	8,68%
5-9a	21.387	3,08%	94.703	3,15%
10-14a	15.349	2,21%	86.906	2,89%
15-19a	22.024	3,17%	144.592	4,80%
20-24a	35.479	5,11%	188.969	6,28%
25-29a	51.278	7,38%	187.958	6,24%
30-34a	63.195	9,10%	183.752	6,11%
35-39a	56.858	8,19%	172.768	5,74%
40-44a	45.364	6,53%	160.825	5,34%
45-49a	42.420	6,11%	177.190	5,89%
50-54a	42.763	6,16%	204.548	6,80%
55-59a	43.821	6,31%	229.646	7,63%

60-64a	41.491	5,97%	231.983	7,71%
65-69a	39.437	5,68%	209.848	6,97%
70-74a	36.210	5,21%	169.773	5,64%
75-79a	33.215	4,78%	135.602	4,51%
80e+a	54.053	7,78%	169.508	5,63%
Total	694.579	100%	3.009.837	100%

Fonte: SIH e CIHA / DATASUS

Nos dois hospitais de ensino especializados em cardiologia, ambos de natureza jurídica pública, no Capítulo CID10 IX, que trata sobre doenças do aparelho circulatório, em um hospital (HEPE1) a probabilidade de atender usuários do SUS neste capítulo é 28% maior em relação ao atendimento de planos (risco relativo 1,28); e no outro hospital (HEPE2) a probabilidade de atender usuários do SUS é 21% menor em relação aos atendimentos de planos de saúde (risco relativo 0,79).

Figura 4 - Risco Relativo do CID IX – Doenças do aparelho circulatório dos atendimentos SUS comparado com planos de saúde, nos hospitais de ensino analisados

Nos dois hospitais de ensino especializados na área de oncologia, ambos filantrópicos, em um hospital (HEFE3) a probabilidade de atender usuário do SUS no capítulo CID10 II (neoplasias) é 59% maior em relação aos planos (risco relativo de 1,59). Já o outro hospital oncológico (HEFE1) a probabilidade de atender usuários do SUS neste mesmo capítulo é 27% menor em relação aos planos (risco relativo 0,73).

Figura 5 - Risco Relativo do CID II – Neoplasias dos atendimentos SUS comparado com planos de saúde, nos hospitais de ensino analisados

No hospital filantrópico especializado na área de nefrologia (HEFE2) a probabilidade de atender usuários do SUS no capítulo CID10 XIV, que trata sobre as doenças do aparelho geniturinário, é 61% menor em relação aos planos (risco relativo de 0,39).

Figura 6 - Risco Relativo do CID XIV – Doenças do aparelho geniturinário dos atendimentos SUS comparado com planos de saúde, nos hospitais de ensino analisados

Procedimentos hospitalares selecionados

Foram selecionados nove procedimentos hospitalares realizados durante internações de clientes de planos de saúde e de usuários do SUS. Desses, quatro de alta complexidade – transplantes, angioplastia, revascularização do miocárdio e artroplastia de quadril (Proadess, 2019; Brasil, 2002); e cinco de média complexidade - amigdalectomia, colecistectomia, adenoidectomia, hemorroidectomia e herniorrafia, segundo classificação de complexidade do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP¹ - (Brasil, 2019j).

Dentre os procedimentos destacados que foram realizados nas internações dos hospitais de ensino entre 2011 a 2018, observou-se que o SUS realiza em maior proporção, em relação aos planos, os procedimentos de alta complexidade, como transplantes, angioplastia, revascularização do miocárdio e artroplastia de quadril. A probabilidade do SUS realizar estes procedimentos de alta complexidade é maior em relação aos planos de saúde (Tabela 16).

Em procedimentos de média complexidade², como amigdalectomia, colecistectomia, adenoidectomia, hemorroidectomia e herniorrafia, os atendimentos de planos de saúde apresentam proporções maiores, e há maior probabilidade de os planos de saúde realizarem esses procedimentos nos HE em relação ao SUS.

Tabela 16 - Número e percentual de procedimentos realizados nas internações SUS e de planos de saúde, e o risco relativo (SUS/Planos), nos hospitais de ensino analisados. São Paulo – 2011 a 2018

Procedimentos	SUS	%SUS	Planos	%Planos	Risco Relativo
Transplantes	18.320	0,63%	1.052	0,16%	3,85
Angioplastia	81.837	2,79%	884	0,14%	20,47
Revascularização do miocárdio	18.180	0,62%	2.170	0,33%	1,85
Artroplastia de quadril	11.040	0,38%	2.191	0,34%	1,11
Amigdalectomia	10.573	0,36%	5.622	0,87%	0,42
Colecistectomia	31.073	1,06%	20.742	3,20%	0,33
Adenoidectomia	1.429	0,05%	1.421	0,22%	0,22
Hemorroidectomia	4.291	0,15%	4.762	0,73%	0,20

¹ Considerados os códigos de procedimentos SIH e CIHA para revascularização do miocárdio (0406010927, 0406010935, 0406010943 e 0406010951); angioplastia coronariana (0406030014, 0406030022, 0406030030 e 0406030049); transplante (0505010097, 0505010100, 0505010119, 0505020041, 0505020050, 0505020068, 0505020076, 0505020084, 0505020092, 0505020106, 0505020114 e 0505020122); artroplastia de quadril (0408040041, 0408040050, 0408040068, 0408040076, 0408040084 e 0408040092).

² Considerados os códigos de procedimento para amigdalectomia (0404010032 e 0404010024); colecistectomia (0407030026, 0407030034, 0407030069, 0416040020, 0416040233); adenoidectomia (0404010016); hemorroidectomia (0407020284) e herniorrafia (0407040137, 0407040145, 0407040153 e 0407020292).

Herniorrafia	640	0,02%	2.748	0,42%	0,05
Total de procedimentos	2.931.034	100%	648.193	100%	-

Fonte: SIH e CIHA / DATASUS

5 Discussão

A destinação de leitos e a produção de internações

Ao longo dos oito anos, nos hospitais estudados, houve redução de leitos (530) e de internações (5.943) via SUS nos hospitais estudados, e aumento de leitos (300) e internações (4.486) via planos de saúde. No entanto, não se trata de fenômeno linear e vinculante, pois a oferta privada nem sempre cresce na mesma proporção do encolhimento da oferta pública. A participação privada, nos vários indicadores analisados, oscilou ano a ano, e revelou-se heterogênea segundo a natureza jurídica (público ou filantrópico) e o perfil assistencial (geral ou especializado) dos hospitais.

A destinação de leitos no mesmo hospital, ora ao SUS, ora aos planos de saúde, dependendo do ano; e a grande variação de comportamento dos hospitais, sendo que alguns destinam mais, outros menos de sua capacidade para atender pacientes privados, expõem situação não só irregular, mas inexplicável por um único fator.

A variação da produção hospitalar no Brasil, em geral, depende de uma série de fatores, como a disponibilidades de recursos físicos (hospitais e leitos), das fontes e do volume de financiamento, dos valores e formato de remuneração, do modelo assistencial, da cobertura e resolubilidade da atenção primária, da estrutura demográfica e epidemiológica da população, e das estratégias e decisões políticas dos gestores do SUS (Chaves et.al., 2008 e Proadess, 2019).

O número de hospitais e de leitos do SUS no Brasil como um todo reduziu 2,7% e 9,2%, respectivamente, entre 2011 a 2017. Com exceção da região Sul, houve aumento do número de hospitais da administração pública e diminuição da rede de hospitais privados, com queda mais expressiva nos hospitais privados ligados a entidades empresarias, que possuem fins lucrativos (Proadess, 2019; Brasil, 2019b).

No Brasil, no período de 2011 a 2018, a taxa de internação no SUS diminuiu, de 58 para 53 internações por mil habitantes, queda em parte pode ser explicada por mudanças no modelo assistencial, como a criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), aumento de cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que passou de 54,6% em 2011 para 64,2% em 2019, acompanhada pela

redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (Brasil, 2019f,g; Proadess, 2019; Pinto, Giovanella, 2018). No entanto, a redução da taxa de internação também pode indicar menor acesso à assistência hospitalar, o que demandaria investigações mais aprofundadas.

No Estado de São Paulo, o número de leitos disponíveis ao SUS como um todo também diminuiu (11%) entre 2011 a 2018. Já a taxa de internação hospitalar do SUS aumentou, de 56,99 para 61,05 internações por mil habitantes no período (Brasil, 20019b; Seade, 2019). No Estado de São Paulo também houve expansão de outros equipamentos de atenção secundária, como os Ambulatórios Médico de Especialidade (AME)¹, e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA); além da ampliação da cobertura da atenção primária pela ESF (29% para 40% da população). Presume-se que o maior acesso a equipamentos de atenção primária e secundária também possa ter levado ao aumento de diagnósticos que eventualmente necessitam de internações (Brasil, 2019g).

Ressalta-se que houve aumento de 6% da população do Estado de São Paulo, entre 2011 a 2018, com aumento proporcional da população idosa (acima de 60 anos), que passou de 12% do total da população do Estado para 14% em sete anos (Seade, 2019). A população idosa utiliza mais serviços hospitalares, com características de maior complexidade, custos mais elevados, e utiliza mais o SUS (Melo-Silva et.al., 2018).

Já o número de leitos disponíveis para a saúde suplementar no Estado de São Paulo, aumentou em 7% entre 2011 a 2018 (Brasil, 2019b). As internações de beneficiários da saúde suplementar no país, além de serem três vezes mais que o SUS, aumentaram 12% de 2014 a 2018, passando de 160 para 179 internações por mil beneficiários (Brasil, 2019h, 2016d).

O fato de a saúde suplementar internar mais que o SUS, proporcionalmente ao tamanho da população assistida, pode estar relacionado ao acesso mais facilitado à rede de prestadores; e à sobreutilização impulsionada inclusive pelo modelo de pagamento por procedimentos (*fee for service*) (Campos, 2004).

Enquanto o SUS possui 2,8 estabelecimentos por 100 mil pessoas, a saúde suplementar possui 4,8 estabelecimentos de internação para cada 100 mil beneficiários. Essa desigualdade na oferta se repete para os estabelecimentos

¹ O Estado de São Paulo passou de 44 Ambulatórios de Especialidades Médica (AME) em 2011 para 60 unidades em 2018, um aumento proporcional de 36% no período.

ambulatoriais e para os Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) (Iless, 2019).

No Estado de São Paulo há 2,7 leitos privados por mil habitantes usuários de planos de saúde. Já o SUS, se excluía a população coberta por planos de saúde, conta com 2,1 leitos por mil habitantes (Brasil, 2019). No entanto, há clientes de planos de saúde que também utilizam internação pelo SUS, principalmente na alta complexidade (Silva et.al., 2011; Oliveira, 2009).

Cabe destacar que a população do Estado de São Paulo coberta por planos de saúde diminuiu durante o período analisado, passando de 43,9% em 2014 para 40,8% em 2018, retração de mais de 1,5 milhão (Brasil, 2019a).

O aumento da população em geral no Estado requereria ampliação da oferta pública, enquanto a redução do número de beneficiários de planos de saúde faz com que, em tese, mais pessoas possam buscar o SUS, embora a possível migração do subsetor privado para o público não tenha sido ainda adequadamente mensurada.

Os leitos do SUS em geral, no Estado de São Paulo, reduziram em proporção maior que a redução das internações observada nos 24 hospitais de ensino analisados. Essa situação pode estar associada a padrões distintos de utilização e ocupação nos hospitais de ensino analisados neste estudo.

Bittar e colaboradores (2019) demonstraram que no período de 2010 a 2016 houve redução no número de leitos em serviços da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e aumento das internações, com melhor desempenho dos indicadores de eficiência hospitalar.

Já a utilização dos leitos destinados a planos de saúde nos hospitais de ensino analisados resultou em baixa taxa de ocupação e de rotatividade. Embora exista dentro dos HE uma capacidade instalada destinada ao mercado de planos de saúde, os hospitais precisam captar estes beneficiários, o que exige uma estrutura comercial voltada a este segmento que realize a interface com as operadoras de planos de saúde, fazendo com que os usuários cheguem ao serviço de saúde.

O atendimento a planos de saúde em hospitais de ensino filantrópicos e públicos

Dentre os 43 hospitais de ensino do Estado de São Paulo, com informações disponíveis na base principal utilizada neste estudo, 19 deles não praticam a dupla porta, ou seja, não atendem clientes de planos de saúde. Alguns desses hospitais, gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), têm vedação legal para atender clientes de planos de saúde, apesar das tentativas do Legislativo e do Executivo estadual visando permitir o atendimento privados dentro dessas instituições (São Paulo, 2008, 2010). Já os hospitais próprios, que são administrados diretamente pelo Estado ou por municípios, e que não possuem fundação privada de apoio, não tem condições jurídicas de realizar contrato direto com operadoras de planos de saúde. Nesse sentido, diante das atuais normas legais, as condições de hospital gerenciado por OSS e de hospital da administração direta, são “protetivas” para a não adoção da dupla porta.

O presente estudo verificou que os hospitais de ensino filantrópicos, se comparado aos públicos, acionam mais o atendimento a planos de saúde: a proporção dos leitos e de internações privadas oscilou entre 21% a 29% da capacidade desses estabelecimentos. Todos os 17 HE filantrópicos analisados no estudo possuem CEBAS, e, portanto, possuem a exigência legal de ofertarem no mínimo 60% de seus atendimentos a pacientes do SUS¹. Em tese, o percentual de atendimento privado poderia alcançar a proporção máxima de 40% de internações no grupo dos filantrópicos (Brasil, 2009a). Esse teto potencial não foi atingido nos hospitais estudados, mesmo em momentos de alegadas crises financeiras agudas dos filantrópicos.

Parece existir determinado patamar a partir do qual pode não ser vantajoso o tensionamento com o SUS, com troca de receita de atendimento público pela receita de planos de saúde, por ser politicamente desgastante ou mesmo impraticável, em função da demanda pública existente. Contudo, ao reservarem até quase um terço do atendimento para planos de saúde, os filantrópicos, mesmo tendo sido

¹ O percentual mínimo de 60% de atendimento ao SUS no caso das internações é mensurado por paciente dia. Assim, se o hospital destinar 60% das internações, medidas por paciente dias, ao SUS, considera-se cumprido o requisito legal. No entanto, os atendimentos ambulatoriais ao SUS podem somar no máximo 10% ao percentual mínimo exigido, e a participação dos hospitais em programas estratégicos do Ministério da Saúde pode compor no máximo até 10% do percentual mínimo.

beneficiados na última década com imunidades e isenções fiscais, programas especiais e aportes financeiros públicos adicionais, não responderam, em contrapartida ao SUS que os socorreu, com diminuição progressiva ou mesmo eliminação do atendimento privado (Barros, 2015; Brasil, 2005, 2013a, 2017h).

Já nos hospitais de ensino públicos a participação privada é bem mais restrita, de 5% a 7% da capacidade instalada. A dupla porta nesses hospitais públicos pouco se expandiu ao longo dos sete anos estudados, demonstrando certa resistência natural, talvez pelo papel estratégico que exercem no sistema de saúde.

Os hospitais de ensino são importantes centros de formação de recursos humanos na área da saúde e prestam apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições de ensino superior às quais estão vinculados.

Além disso, no campo da assistência à saúde, os hospitais de ensino são centros de referência de média e alta complexidade para o SUS. Não há registros de ociosidade nos hospitais de ensino que justifique reservar alto percentual da capacidade instalada para planos privados. Ao contrário, há demanda reprimida, geralmente há longas filas de espera para atendimentos e cirurgias eletivas. A condição de referência dos hospitais de ensino para os demais níveis de atenção exige o funcionamento com suas capacidades totais, com pouca margem de “sobra” para atendimento a planos de saúde.

Também há dificuldade de esses hospitais de ensino obterem recursos para investimentos em ampliação de estrutura (como alas particulares, por exemplo), uma vez que os recursos do SUS são consumidos para custear o funcionamento dos serviços (consultas, internações e cirurgias), compra de materiais médico-hospitalares, e manutenção da infraestrutura existente.

Soma-se o financiamento diferenciado de determinados hospitais de ensino, sobretudo os especializados, o que faz com que a remuneração praticada pelos planos de saúde seja muitas vezes, em diversos procedimentos, inferior à praticada pelo SUS.

Os hospitais de ensino públicos também recebem aportes expressivos do orçamento do governo do Estado de São Paulo como forma de suplementar os repasses federais. Em 2018, por exemplo, os hospitais de ensino públicos analisados neste estudo receberam do Estado aproximadamente R\$ 2,5 bilhões (14% do total do orçamento de toda a SES disponível para o mesmo ano). Tal valor considera recursos para pessoal, encargos sociais, custeio e investimento, mas

exclui outros R\$ 709 milhões em 2018 referentes aos convênios assistenciais e o repasse do faturamento SUS (recurso federal), via fundações privadas de apoio (São Paulo, 2019).

As receitas provenientes dos atendimentos a planos de saúde

Este estudo constatou que as receitas dos hospitais advindas do SUS e dos planos de saúde crescerem em proporção semelhante em todo o período analisado. Considerando o período de crise econômica e de acirramento do subfinanciamento público, não foi observada diminuição das receitas SUS nos hospitais de ensino estudados.

Bittar e colaboradores (2019) mencionam que, apesar da crise econômica, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo aumentou o seu orçamento global, em despesas com pessoal e custeio, mas reduziu as despesas de investimentos.

Chamou a atenção que entre 2011 a 2014 a receita anual proveniente do SUS, nos hospitais de ensino analisados, cresceu proporcionalmente mais (61%) que o crescimento da receita vinda de atendimentos a planos de saúde (10%). Essa situação se inverteu a partir de 2015, momento no qual a receita SUS continuou a crescer, mas em proporção menor (16%) que as receitas privadas (55%). A heterogeneidade verificada entre os hospitais analisados acrescenta dificuldades de eventuais associações, ainda que especulativas, entre a crise econômica iniciada em 2014, as medidas de austeridade, como o teto de gastos federais, e as mudanças nas estruturas internas de financiamento público e privado nesses estabelecimentos (Massuda et al., 2018).

No entanto, percebe-se uma certa tendência do SUS, sobretudo dos entes subnacionais, que, mesmo num período de recessão econômica, mantém e até ampliam o financiamento das despesas hospitalares ao longo dos anos, embora em um ritmo mais lento. Uma hipotética maior expansão dos atendimentos a planos de saúde em hospitais do SUS, como medida complementar de arrecadação, não se concretizou.

Pode-se argumentar que um menor crescimento da dupla porta possa estar ligado à diminuição da clientela de planos de saúde, principalmente de planos coletivos, ou diminuição da venda de determinados tipos de planos, como aqueles que ostentam hospitais públicos e filantrópicos em suas redes credenciadas,

geralmente produtos de menor preço de mensalidade. São pontos que mereceriam aprofundamento em novas pesquisas.

Nos hospitais estudados, os atendimentos privados não resultaram, proporcionalmente ou automaticamente, em aumento da oferta da assistência hospitalar ao SUS. Não há dados, portanto, que possam contribuir com a sustentação do argumento utilizado por alguns defensores e praticantes da dupla porta, de que os recursos oriundos dos atendimentos a planos de saúde são revertidos para a ampliação da capacidade de atendimento do SUS.

A destinação de parte da capacidade pública para atendimentos privados por certo não seria o único ou maior fator relacionado à relativa estagnação (ou crescimento em ritmo mais lento) do volume de atendimentos dos hospitais SUS, detectada ao longo do tempo estudado. A retração, congelamento ou não ampliação do financiamento público são também fatores possivelmente ligados à não expansão da oferta pública.

Chama a atenção que o valor médio da internação (com as devidas ressalvas e limitações metodológicas mencionadas sobre essa variável), de beneficiário de planos de saúde nem sempre é maior que o valor médio da internação SUS. Há hospitais em que o SUS remunera melhor suas internações em relação ao privado. Essa situação reflete a heterogeneidade do financiamento hospitalar no sistema de saúde e da variação pouco racional de custos dos mesmos procedimentos entre um e outro hospital.

Em São Paulo, muitos hospitais recebem do governo federal o faturamento dos procedimentos realizados de acordo com a tabela SUS vigente, mas podem também receber recursos orçamentários do Estado. A distribuição de recursos é desigual, pois obedece políticas, programas, incentivos, arranjos e excepcionalidades diversas, que incidem diferentemente, dependendo do perfil, localização ou articulação política do hospital. Além de convênios suplementares, adesão a programas e emendas parlamentares que costumam garantir aportes adicionais aos hospitais.

Apesar de nos hospitais de ensino o valor médio da internação por planos de saúde ser 40% superior ao SUS, há de se considerar que existe uma estrutura pública ou uma estrutura historicamente custeada com recursos públicos, como no caso dos hospitais filantrópicos, sendo utilizada pelo privado, sem que esse custo seja computado. Seria preciso incluir nesta conta todo o investimento público em

obras e reformas, em compra e manutenção de equipamentos, na contratação de profissionais de saúde e no financiamento de ensino e pesquisa. Além disso, há necessidade de avaliação dos custos administrativos para os hospitais que decidem atender planos de saúde, assim como investimentos necessários para a construção de uma infraestrutura que permita, por exemplo, uma hotelaria diferenciada. Sem essa avaliação e separação do que é público do que é privado, há risco de que ocorra subsídio cruzado, não ficando claro qual subsetor financia o outro.

O acesso aos hospitais de ensino por usuários do SUS é referenciado, ou seja, há todo um trajeto a ser percorrido na rede assistencial, com os casos mais complexos chegando a estes hospitais. No caso dos atendimentos a planos de saúde, o acesso é livre pela demanda, seja no pronto socorro ou na marcação de consulta, exames e cirurgias, desde que autorizados pela operadora do plano de saúde do paciente. Diante de não previsão contratual ou eventual negativa de cobertura é bastante comum a pessoa entrar pela porta de atendimento de planos de saúde e sair pela porta do SUS, com os gastos cobertos por recursos públicos.

A discussão da dupla porta nos filantrópicos não pode estar dissociada da constatação da existência dos benefícios tributários para esses hospitais. Falta controle e avaliação desses recursos frente à contrapartida de entrega efetiva de serviços ao SUS. Não há estudos que avaliem se de fato é vantajoso para o Estado conceder imunidades e isenções fiscais em troca de contrapartidas ao SUS, ou se o melhor é remunerar a produção SUS de acordo com os seus custos efetivos, e contratar de acordo com a necessidade e o planejamento do gestor do SUS.

As causas de internação a beneficiários de planos de saúde e a usuários do SUS

Com relação aos motivos de internações, observou-se diferenças entre as causas de internação no SUS e por planos de saúde, semelhantes as já observadas no estudo de Moreira e colaboradores (2011).

Verificou-se que o SUS atende proporcionalmente mais as três principais causas de internação da população, que são também as três principais causas de mortalidade no Estado de São Paulo: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e consequências de causas externas (Brasil, 2019f). Além disso, a probabilidade do SUS atender doenças infecciosas e parasitárias, afecções em período perinatal,

doenças do aparelho circulatório e consequências de causas externas é significativamente maior em relação aos atendimentos de planos de saúde nos hospitais estudados.

Cabe destacar que o SUS apresentou uma média de permanência significativamente maior em relação ao atendimento de beneficiários de planos de saúde, o que pode estar associado a diferença de diagnósticos e perfil de pacientes (complexidade) e com os mecanismos de remuneração dos procedimentos prestados. Na iniciativa privada vigora, em geral, o modelo de pagamento por procedimentos, o qual incentiva a redução da permanência, situação que não ocorre com o modelo de remuneração por diária de internação, como no caso do SUS (Campos, 2004; Ramos et al., 2015).

A probabilidade de maior atendimento nos planos de saúde é de doenças osteomusculares, de tecido conjuntivo e de doenças endócrinas e metabólicas. A proporção mais elevada de internações de planos de saúde classificadas nos capítulos XVIII (sintomas e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais) e do capítulo XXI (contatos com serviços de saúde), podem estar relacionados com a qualidade do registro das informações no sistema CIHA, fonte usada no estudo. Os resultados deste trabalho evidenciaram que há perfis distintos de causas de internação de usuários do SUS e de clientes de planos de saúde nos hospitais estudados. Mas a total compreensão dos reais motivos para essa diferença demandaria novos aportes e estudos.

Em suposições preliminares, pode-se levantar que a diferença pode estar associada ao perfil social e econômico das populações usuárias do SUS e de planos de saúde, bem como a questões relacionadas a fluxos de acesso aos serviços dos dois subsetores, público e privado.

Ter planos de saúde no país está diretamente ligado ao nível socioeconômico da população, com essa aquisição sendo influenciada por maior renda, pela inserção formal no mercado de trabalho, pelo maior nível de escolaridade, pela cor da pele branca e pelo local em que a pessoa vive, moradores em áreas urbanas, capitais e região metropolitana possuem mais planos de saúde (Pessoto et al., 2007; Pinto, Soranz, 2004; Malta et al., 2017).

Sabe-se também que as condições sociais e econômicas possuem influência direta nas condições de vida e saúde das pessoas, com a carga de doenças de uma determinada população estando relacionada com os determinantes sociais de

saúde¹ (Carvalho, 2013). Como os determinantes sociais são distintos entre a população usuária do SUS e portadora de planos de saúde, é esperado que exista diferenças no processo de adoecimento.

As disparidades encontradas nas causas de internações também podem estar ligadas a desigualdades no acesso e na utilização de serviços. Cabe destacar que o acesso está relacionado às características da oferta e da organização dos serviços, que podem dificultar ou facilitar a capacidade das pessoas em utilizar os serviços de saúde quando necessitam. A utilização dos serviços de saúde é complexa, pois depende das características sociodemográficas da população, do perfil epidemiológico, das características da organização da oferta e de aspectos relacionados aos prestadores de serviços (Travassos et al., 2000, 2006; Travassos, Martins, 2004).

Vários trabalhos em sistemas europeus evidenciam que a probabilidade de acessar serviço de saúde é distribuída de maneira não uniforme entre grupos de níveis socioeconômicos distintos, mesmo após controle por idade, sexo e estado de saúde. Há evidências de que, na maioria dos países, pessoas de maior renda utilizam mais a assistência médica especializada (especialistas) e as de menor renda utilizam mais generalistas. Algumas desigualdades de acesso à atenção especializada têm relação com o fato de ter ou não plano de saúde privado (Or et. al., 2009, Couffinhal et. al., 2004; Van Doorslaer et al., 2004, 2006).

No Brasil, há estudos que evidenciam que condições sociais desfavoráveis por si só tendem a reduzir as chances de acesso e utilização dos serviços de saúde. A renda e as condições sociais possuem um impacto positivo na utilização de serviços de saúde. Quanto mais alta a renda, maior a procura por serviços de prevenção e exames de rotina, enquanto para a população de menor renda, o consumo de serviços de saúde ocorre por motivo de doença. Indivíduos mais pobres possuem mais dificuldades de adquirir planos de saúde, e embora necessitem de mais cuidados em saúde, há uma maior dificuldade na utilização de serviços de saúde, situação que aprofunda o quadro de desigualdade existente no sistema de saúde. A falta de acesso e o tempo na fila de espera, por exemplo, são maiores entre os indivíduos de piores posições socioeconômicas, mesmo após ajuste para

¹ Segundo definição da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, os Determinantes Sociais de Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e FILHO, 2007)

necessidades em saúde (Nunes et al., 2014; Pessoto et al., 2007). Um indivíduo que possui plano de saúde aumenta em 452% a chance de consumir serviços de saúde (Neri; Soares, 2002).

O acesso aos serviços de saúde no país é fortemente influenciado pela condição socioeconômica das pessoas e pelo local onde residem, com a renda influenciando mais o acesso do que a escolaridade. Ter plano de saúde reduz a existência de possíveis barreiras financeiras no momento do consumo de serviços, produzindo um maior acesso e reduzindo o tempo de espera para o atendimento (Travassos et al., 2006).

Os procedimentos em internação realizados a usuários SUS e a clientes de planos de saúde

O acesso à atenção hospitalar de alta complexidade pode ser dimensionado com a observação da oferta e produção de procedimentos como, transplantes, angioplastia, revascularização do miocárdio e cirurgia de prótese em quadril - artroplastia (Proadess, 2019; Brasil, 2002).

Nos hospitais de ensino analisados, a probabilidade de o paciente realizar esses procedimentos pelo SUS é maior em relação aos planos de saúde.

Um dos fatores que pode explicar a maior proporção desses procedimentos pelo SUS é a boa remuneração pública para procedimentos de maior complexidade e a possível exclusão de cobertura de determinados procedimentos de alto custo pelas operadoras. Os planos de saúde evitam ao máximo cobrir procedimentos que possam gerar riscos, problema pós-operatórios, internações prolongadas e maiores gastos (Bahia et al., 2004). Também há que se considerar o processo de verticalização das operadoras de planos de saúde, principalmente as cooperativas médicas no interior do Estado e as medicinas de grupo, as quais tendem a concentrar os procedimentos em sua rede própria, com o objetivo de controlar os custos (Albuquerque et al, 2010), situação que poderia tornam os hospitais de ensino menos atraentes para compor a rede prestadora desses planos de saúde.

Os valores pagos pela tabela SUS para os procedimentos como o de revascularização do miocárdio e transplantes (rim, coração, córnea e fígado) são superiores à média dos valores pagos pelas operadoras de planos de Saúde no Estado de São Paulo, em 2018, segundo dados da ANS. No caso da

revascularização do miocárdio o SUS paga 83% a mais que a média das operadoras¹. Em procedimentos de transplantes essa diferença chega a ser 820% maior no SUS, como no caso dos transplantes cardíacos. Já no procedimento de artroplastia total de quadril (revisão/reconstrução), as operadoras de planos de saúde pagaram em média valor 45% superior ao da tabela SUS.

Nos procedimentos de menor complexidade, como herniorrafia inguinal por videolaparoscopia, apendicectomia por videolaparoscopia e hemorroidectomia, também verificados no presente estudo, os valores médios pagos pelas operadoras de planos de saúde foram 132% maiores que a tabela SUS, considerando esses três procedimentos. A única exceção dos casos analisados a adenoidectomia, para a qual o SUS paga 20% a mais que a média das operadoras.

¹ Os valores pagos por procedimentos pelo SUS foram consultados on-line no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Já o valor médio pago por procedimentos pelas operadoras no Estado de São Paulo foram consultados no site da ANS (D-TISS-Painel). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/d-tiss>

6 Considerações finais

O estudo permitiu dimensionar de forma inédita o fenômeno da dupla porta em um conjunto expressivo de 24 hospitais públicos e sem fins lucrativos, com seguimento temporal de oito anos.

O fato desses hospitais integrados ao SUS terem reservado, juntos, em 2018, quase um quinto da capacidade de internação para atendimentos a clientes de planos de saúde revela, em si, prática que precisa ser melhor interpretada no âmbito das relações estabelecidas entre público e privado na saúde.

Diante das possíveis consequências da dupla porta para a segmentação e a desigualdade assistencial no interior de serviços do SUS, considerando contextos de persistente subfinanciamento público, de crescimento e fragmentação do mercado de planos de saúde privados, torna-se especialmente relevante conhecer a real dimensão do atendimento privado em hospitais que fazem parte da rede pública de saúde.

A prática e a extensão da dupla porta parecem depender de medidas institucionais, legais e políticas. Decisões baseadas em necessidades momentâneas de suposto aumento de arrecadação, remuneração diferenciada para determinados procedimentos e internações, preferências e estratégias elaboradas por gestores e conselhos de administração, proximidades políticas entre hospitais, planos de saúde e gestores do SUS, podem compor um leque de suposições, juntamente com tantos outros motivos, não abordados no presente estudo e, por isso, merecedores de atenção em estudos futuros.

A heterogeneidade e a dinâmica da composição da oferta público-privada verificadas nesse estudo dos hospitais de ensino, transformam a dupla porta em um fenômeno difuso e multifatorial, mas que se espalha tanto em estabelecimentos públicos quanto filantrópicos. A existência de certas “travas” ou “teto” que impediram a expansão mais generalizada da dupla porta, não escondem o fato de que o atendimento de clientela privada em equipamentos do SUS não só compromete e limita a capacidade da oferta pública, como cria obstáculos de planejamento da real oferta e demanda assistencial.

A dupla porta, conforme revelou-se no estudo, pode ser uma forma paliativa e pouco eficaz para resolver problemas de financiamento dos hospitais públicos, embora este seja o principal argumento para sua existência. Tampouco revelou-se

capaz de produzir o efeito “robin hood”, que consistiria em ampliar oferta pública por meio da arrecadação de recursos privados via atendimento de planos de saúde em hospitais do SUS. Essa linha de raciocínio seria também desautorizada pelas evidências de que há outros recursos públicos indiretos envolvidos no mercado de planos de saúde.

Ao provocar acessos diferenciados, a dupla porta compromete ainda mais a já combalida equidade do sistema de saúde, exibindo uma regulação pública pouco eficaz, incapaz de adotar mecanismos redutores e não promotores de desigualdades sociais.

A dupla porta faz com que hospitais públicos ou vinculados ao SUS sejam utilizados pelo setor privado de forma privilegiada, prejudicando a população que utiliza o sistema público conhecidamente deficitário. Ao imprimir maior rapidez no atendimento e adotar condições diferenciadas de entrada, acomodação e hotelaria para pacientes com planos de saúde, a prática fere o princípio do acesso igualitário do SUS. Nota-se que os mecanismos internos adotados pelos hospitais e pelos planos de saúde, e as experiências vividas por usuários de serviços que praticam a dupla porta, não foram aspectos alcançados pelo estudo, mas compõem, por certo, material a ser explorado em pesquisas complementares.

O estudo exemplificou a complexidade das relações estabelecidas entre o público e o privado no sistema de saúde. Embora o Brasil tenha optado pelo sistema único e público, com a previsão da participação do privado complementar, as sobreposições e imbricamentos público-privados assumiram múltiplas feições, parte delas desconhecidas ou inexploradas pela produção científica da Saúde Coletiva.

O financiamento público adequado da atenção hospitalar, com responsabilidades e contrapartidas claras dos hospitais, pautado em custos e na avaliação da entrega do que foi contratado ou conveniado pelo gestor do SUS, é um ponto central para a abordagem do problema da dupla porta. No seu reverso, o financiamento inadequado e desigual entre os hospitais, permeado por articulações políticas diversas, por “retalhos” financeiros e administrativos, pela máxima de “quem grita mais, leva mais”, pelas soluções paliativas, abrem caminhos para a permanência e ampliação da dupla porta.

O suposto limite do tamanho da dupla porta no Estado de São Paulo, registrado no estudo, não assegura acomodações quanto ao potencial futuro de crescimento da prática.

Acontecimentos recentes advogam neste sentido. Em 2015, por exemplo, com a edição da nova Portaria Interministerial nº 285/2015¹ (que redefiniu o programa de certificação dos hospitais de ensino) houve a exclusão de requisito previsto em portaria anterior, o qual previa que os hospitais públicos para terem o certificado de Hospital de Ensino deveriam, em um prazo de dois anos contados a partir de 2007, ofertar 100% de seus atendimentos ao SUS. A exclusão desse requisito fez com que a prática da dupla porta passasse a não ser mais inibida nas normas que regulamentam os hospitais de ensino, principalmente os públicos.

Mais recentemente ainda, em 2019, ocorreu nova tentativa, com o anúncio por parte do Ministério da Educação (MEC) com o intuito de legalizar a dupla porta em hospitais universitários federais. O MEC encaminhou ao Congresso Nacional um Projeto de Lei, denominado “Future-se”, estabelecendo taxativamente a possibilidade de os hospitais públicos universitários realizarem convênios com operadoras de planos privados de assistência à saúde (Bermúdez, 2009; Brasil, 2019). No entanto, versões posteriores do projeto, que se encontra em tramitação até a conclusão deste trabalho, excluíram esta previsão.

Como o passado demonstrou, podem estar apenas adormecidas outras propostas de mudanças legislativas, voltadas a permitir que instituições, hoje impedidas de adotar a dupla porta, caso dos inúmeros hospitais públicos administrados por Organizações Sociais, possam incorporar atendimentos a planos de saúde dentro de suas estruturas até agora reservadas exclusivamente para o SUS. Além disso, há riscos de que instituições atualmente não elegíveis para atendimento de dupla porta, como os hospitais ainda sob administração direta, com o argumento de dificuldades operacionais, criem fundações de apoio que dêem suporte ao duplo atendimento.

Por sua vez, o mercado de planos de saúde, em transformação, pode ele próprio vir a demandar mais parcerias com hospitais públicos, ainda mais no Estado de São Paulo, unidade da federação com maior percentual da população com planos privados. A pretendida mudança na legislação, de forma a liberar planos segmentados de menor cobertura, ou a maior oferta de planos de menor preço às custas de rede credenciada mais popular, pode almejar hospitais públicos e

¹ A Portaria Interministerial nº 285 de 2015 redefiniu o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino, e revogou a Portaria Interministerial nº 2.400 de 2007, que estabelecia os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponíveis em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html e http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html

filantrópicos. A propósito, seria recomendável, para pesquisas futuras, o levantamento do perfil mais detalhado dos planos de saúde que ostentam em suas redes credenciadas hospitais do SUS, o que não foi objeto deste estudo.

E ainda, o fluxo de pacientes com vínculo público e privado no mesmo estabelecimento hospitalar pode futuramente ganhar outros contornos ainda não tão bem delineados. A dupla porta “público-privada”, que se configura pelo atendimento a planos de saúde em hospitais públicos, pode somar-se a uma nova espécie de dupla porta “privado-pública”, que seria o atendimento de usuários do SUS em hospitais da rede própria dos planos de saúde. Esta proposta ganhou materialidade em 2019, no âmbito do Programa “Corujão da Saúde¹”, com a anunciada parceria da Secretaria de Estado da Saúde com a Federação das Unimeds do Estado de São Paulo (FESP). Esta parceria prevê a produção de exames de imagens e cirurgias eletivas aos usuários do SUS nos 44 hospitais pertencentes a Unimed (Caldeira, 2019). Trata-se de arranjo que pode ser momentâneo, em função da provável ociosidade das estruturas assistenciais próprias das Unimeds no interior do Estado, que na recessão econômica perderam clientes, sobretudo de planos coletivos empresariais. Contudo, também pode explicitar o início de novas modalidades de parcerias público-privadas que amplificariam as ambiguidades, as iniquidades e a segmentações no interior do sistema de saúde. No entanto, consiste em objeto de pesquisa inexplorado que poderia compor agenda mais ampla de investigação sobre relações público-privadas na saúde.

Outro risco envolve possível alteração legislativa que permita a realização do ressarcimento ao SUS diretamente pelos prestadores de serviços ou pelo ente federado ao qual o prestador está vinculado. Atualmente o ressarcimento ao SUS é realizado pela ANS, e direciona os recursos captados nas cobranças ao Fundo Nacional de Saúde, como forma de favorecer a justiça redistributiva. Em eventual mudança desse modelo, os estabelecimentos de saúde que atendem SUS seriam responsáveis por identificar o atendimento de usuários de planos de saúde e pleitear diretamente às operadoras de planos de saúde o ressarcimento desses

¹ O Corujão da Saúde é um programa criado em 2019 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para realizar exames de imagem (Mamografia Bilateral, Endoscopia Digestiva Alta com sedação, com e sem biópsia, e Ultrassonografia Geral, sem doppler) e procedimentos clínicos ambulatoriais para tratamento em oncologia por radioterapia, pelas próprias unidades da SES/SP e pelos serviços privados de saúde que aderirem ao programa nos termos estipulados em Resolução do Secretário. Resolução SS nº 15 de 20/02/2019; Resolução SS nº 33 de 11/04/2019 e Resolução SS nº 62 de 19/07/2019.

atendimentos. Embora a defesa deste novo modelo seja colocado como uma forma de garantir eficiência ao ressarcimento ao SUS, o que essa mudança pode causar na prática é a legitimação da dupla porta, havendo um estímulo aos hospitais para atenderem preferencialmente pacientes com planos de saúde como forma de aumentar os recursos recebidos pela via do ressarcimento ao SUS.

Há que se pensar nos riscos gerados pela maior competição entre os subsetores público e privado pelos mesmos prestadores de serviços, materializada na dupla porta. Tal prática, em contextos de retração do financiamento público da saúde no Brasil, pode ganhar contornos de “solução”, compatível com a substituição da concepção de sistema universal pela lógica da cobertura universal, defendida por organismos internacionais para países em desenvolvimento, a qual prevê maior participação do setor privado, o que compõem também agenda de segmentos empresariais nacionais da saúde.

A destinação de parte dos recursos hospitalares do SUS ao atendimento de planos de saúde, ainda que, repita-se, mantido certo freio na expansão dessa prática, é um fator conducente à maior desigualdade na distribuição dos recursos públicos e privados na saúde.

Há que se considerar, por fim, que a existência de uma entrada e de um percurso diferenciado, no mesmo hospital, para clientes de planos de saúde e usuários do SUS cria uma espécie de “apartheid” hospitalar com classes distintas de cidadãos, ao segregar o atendimento e promover a internalização das desigualdades nos serviços de saúde. Discriminar atendimentos em função da capacidade de pagamento e não da necessidade de saúde é um grande retrocesso do ponto de vista humanitário, constitucional e de justiça social. Deve, portanto, ser objeto e alvo de maior fiscalização e controle por instâncias de participação social, conselhos de saúde, tribunais de contas, Ministério Público e Poder Legislativo.

Trata-se, por fim, de um problema que necessita ser cada vez mais profundamente estudado, compreendido e questionado à luz da defesa de um sistema de saúde público e universal.

7 Referências

Agêge S, Lambert P. Uso de verbas em hospitais é investigado. *Folha de São Paulo* [Internet]. 1999 jul. 27 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff27079916.htm>

Agência Brasil. ANS pretende ampliar debate de reserva de vagas privadas em hospitais públicos. *Estadão* [Internet]. 22 dez. 2010 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ans-pretende-ampliar-debate-de-reserva-de-vagas-privadas-em-hospitais-publicos,657111>.

Albuquerque GM, Fleury MTL, Fleury AL. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. *Production*. [Internet]. 2011 [citado em 23 out. 2019];21(1):39-52. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/prod/2011nahead/aop_200708095.pdf.

Apartheid em hospitais é investigado. *Folha de São Paulo* [Internet]. 1999 jul. 27 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff27079919.htm>.

Bahia L, Lazzarini M, Scheffer M. *Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde, novo golpe dos planos de saúde: querem cobrar e não atender* [Internet]. São Paulo: GEPS-USP; 2019 [citado em 26 out. 2019]. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/analise-preliminar-da-proposta-de-lei-das-empresas-de-planos-de-saude/>.

Bahia L, Scheffer M, Dal-Poz M, Travassos C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 17 out. 2019];32(12):1–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200504.

Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [citado em 13 out. 2019];42(Supl. 3):158–71.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700158&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Bahia L, Scheffer M. Sinistro na ANS. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2013 jul. 24 [citado em 05 nov. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2013/07/1315672-ligia-bahia-e-mario-scheffer-sinistro-na-ans.shtml>.

Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [citado em 23 out. 2019];9(4):921-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a13v9n4.pdf>.

Bahia L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. Rio de Janeiro, In: Matta GC, França-Lima JC, organizadores. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008b, p.123–85 [citado em 26 out. 2019]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/v4fx5/pdf/matta-9788575415054.pdf#page=119>

Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2008a [citado em 26 out. 2019];13(5):1385–97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500002.

Bahia L. O Material de construção da dupla porta dos hospitais universitários [Internet]. Campinas: IDISA; 2011 [citado em 26 out. 2019]. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_5592_0__o-material-de-construcao-da-dupla-porta-dos-hospitais-universitarios.html.

Banco Mundial. *Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil* [Internet]. Brasília: Grupo Banco Mundial; 2017 [citado em 17 out 2019]. (Síntese; v.1). Disponível em:

REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf

Barros TG. *Desempenho dos hospitais do Programa Pró Santa Casa II, Estado de São Paulo 2012* [dissertação on-line]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/wp-content/uploads/dissertacoes-e-teses/MP-saude-coletiva/2015/2015-Tanira-Gomes-de-Toledo-Barros.pdf>.

Bassette F. TJ decide hoje se lei da “dupla porta” é válida. *Estado de São Paulo* [Internet]. 2012b mai. 15 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,tj-decide-hoje-se-lei-da-dupla-porta-e-valida-imp-,873089>.

Bassette F. TJ decide nesta terça se lei da “dupla porta” é válida. *Estadão* [Internet]. 2012a mai. 14 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,tj-decide-nesta-terca-se-lei-da-dupla-porta-e-valida,872941>.

Bassette F. TJ mantém suspensão de lei de “dupla porta”. *Estadão* [Internet]. 2012d mai. 16 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,tj-mantem-suspensao-de-lei-de-dupla-porta-imp-,873488>.

Bassette F. TJ veta reserva de leitos do SUS para pacientes de plano. *Estadão* [Internet]. 2012c mai. 15 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,tj-veta-reserva-de-leitos-do-sus-para-paciente-de-plano,873375>.

Bedinelli T. Governo sofre nova derrota em reserva de vaga a convênio. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2011b set. 30 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff3009201123.htm>.

Bedinelli T. Justiça proíbe que SP destine leitos públicos a planos de saúde. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2011a set. 29 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2011/09/982915-justica-proibe-que-sp-destine-leitos-publicos-a-planos-de-saude.shtml>.

Bermúdez AC. MEC quer que hospitais universitários atendam pacientes com planos privados. *UOL Educação* [Internet]. 2019 ago. 3 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/noticias/2019/08/03/mec-quer-que-hospitais-universitarios-atendam-pacientes-com-plano-privado.htm>.

Bittar OJNV, Magalhães A. Hospitais de ensino no Estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. *Revista de Administração em Saúde* [Internet]. 2010 [citado em 23 out. 2019];12(Supl):155–213. Disponível em: http://idisa.org.br/img/File/RAS_especial_p155-216.pdf.

Bittar OJNV, Mendes JDV, Osianol V, Ferra RRN. Consequências da crise 2013 – 2016 em serviços na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *BEPA* [Internet]. 2019 [citado em 23 out. 2019];16(189):1-15. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//crise_2013_2016_unidades_de_saude_artigo_especial.pdf.

Bittar OJNV, Mendes JDV. Healthcare and teaching hospitals. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2018 [citado em 23 out 2019];64(12):1058–59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018001201058&lng=en&nrm=iso.

Bittar OJNV. Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo [Internet]. In: Apresentação em VI Seminário de Desempenho dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo; 2019 out. 24 [citado em 23 out. 2019]; São Paulo. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo; 2019. Disponível em: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/VI_seminario_hospitais_de_ensino_outubro_2019.pdf.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados e Indicadores do Setor. Rio de Janeiro: ANS; 2019e [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2016d [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016007.pdf.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2019h [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_Assistencial_2018.pdf.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Ressarcimento ao SUS*: ANS cumpre recomendações do TCU [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2017g [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-aans/integracao-com-o-sus/3687-ressarcimento-ao-sus-ans-cumpre-recomendacoes-do-tcu>.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tabulador de dados – TABNET [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2019a [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/>.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório Descritivo do GT de planos acessíveis [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2017b [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei Complementar n. 123 de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os

valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União. Revoga dispositivo da Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012 [Internet]. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 2012b [citado em 14 out 2019]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=533729>

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 7419 de 2006. Altera a Lei n. 9656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 2006b [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=332450>

Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2000a [citado em 14 out 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm.

Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 86 de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2015c [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm.

Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 93 de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2016a [citado em 26 out 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc93.htm.

Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 95 de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá

outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2016b [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm#art3.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Presidência da República [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. Decreto n. 752 de 16 de fevereiro de 1993. Dispõe sobre a concessão do certificado de entidade de fins filantrópicos, a que se refere o art. 55, inciso II, da Lei n.8212, de 24 de julho de 1991, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1993b [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D752.htmimpressao.htm.

Brasil. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Informações de Saúde (Tabnet) [Internet]. Brasília (DF): DATAUS; 2019f [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>.

Brasil. Leis etc. Lei Complementar n. 141. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8080, de 19 de setembro de 1990, e 8689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2012a [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.

Brasil. Leis etc. Lei Complementar n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990 [citado em 14. Out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 12101 de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2009^a [citado em 17 out 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 12868 de 15 de outubro de 2013. Altera a Lei nº 12.793, de 2 de abril de 2013, para dispor sobre o financiamento de bens de consumo duráveis a beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV); constitui fonte adicional de recursos para a Caixa Econômica Federal; altera a Lei n. 12741, de 8 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as medidas de esclarecimento ao consumidor, para prever prazo de aplicação das sanções previstas na Lei n. 8078, de 11 de setembro de 1990; altera as Leis n. 12761, de 27 de dezembro de 2012, n. 12101, de 27 de novembro de 2009, n. 9532, de 10 de dezembro de 1997, e n. 9615, de 24 de março de 1998; e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2013b [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12868.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 12873 de 24 de outubro de 2013. Institui o programa de fortalecimento das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área da saúde e que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde – PROSUS [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2013a [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12873.htm

Brasil. Leis etc. Lei n. 12973 de 13 de maio de 2014. Altera a legislação tributária federal relativa ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Jurídicas - IRPJ, à Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, à Contribuição para o PIS/Pasep e à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2014 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12973.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 13479 de 5 de setembro de 2017. Cria o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (Pró-

Santas Casas) para atender instituições filantrópicas e sem fins lucrativos que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2017h [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13479.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 13650 de 11 de abril de 2018. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o art. 4º da Lei n 12101, de 27 de novembro de 2009; e altera as Leis n. 12101, de 27 de novembro de 2009, e n. 8429, de 2 de junho de 1992. Brasília (DF): Presidência da República; 2018c [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13650.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 8212 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da seguridade social, institui plano de custeio, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1991 [citado em 23 out. 2019]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 8742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1993a [citado em 23 out. 2019]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 9656, de 03 de julho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1998a [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm.

Brasil. Leis etc. Lei n. 9961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2000b [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9961.htm.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE; 2019c [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101670>.

Brasil. Ministério da Economia. Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria. Secretaria Especial de Fazenda. *Boletim Mensal sobre os subsídios da União: deduções do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) de Despesas Médicas*. Brasília (DF): Ministério da Economia; 2019k [citado em 2 dez 2019]. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br/centrais-de-conteudos/publicacoes/orcamento-de-subsidios-da-uniao/arquivos/boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-deducoes-do-imposto-de-renda-pessoa-fisica-de-despesas-medicas/view>.

Brasil. Ministério da Educação (MEC). Minuta de Projeto de Lei que institui o Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras – FUTURE-SE, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação; 2019i [citado em 29 nov 2019]. Disponível em: https://ufrj.br/sites/default/files/img-noticia/2019/07/projeto_de_lei_do_programa_future-se.pdf.

Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Aspectos Fiscais da Seguridade Social no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Tesouro Nacional; 2017e [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/0/Relat%C3%B3rio+de+Previdencia+corrigido/8d3d80fa-8c36-4e7d-abf6-c9eb7865c60b>.

Brasil. Ministério da Saúde. A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012d [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reestruturacao_hospitais_ensino_filantropicos_2003_2010.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Demonstrativos e Dados informados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019d [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Tabulador Tabnet [Internet]. Brasília (DF): Ministério de Saúde; 2019b [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/rede-assistencial>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal E-Gestor. Informação e Gestão da Atenção Básica. Relatórios Públicos. Histórico de cobertura da Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019g [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 929 de 10 de maio de 2012. Institui o incentivo financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012e [citado em 23 out 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0929_10_05_2012.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Consulta de procedimentos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019j [citado em 20 out . 2019]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Conta-Satélite de Saúde 2010-2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017a [citado em 14 out. 2019]. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101437>.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde, 2013* [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2015b [citado em 14 out. 2019]. Disponível: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.

Brasil. Ministério Público Federal. Ação Civil Pública n. 5062745-31.2014.4.04.7100. Rio Grande do Sul, 1ª Vara Federal de Porto Alegre. Sentença, 26 set. 2017 [Internet]. Porto Alegre (RS): MPF; 2017f [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/vara-federal-porto-alegre-manda.pdf>.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 968 de 11 de dezembro de 2002. Atualiza os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares – SIA e SIH/SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [citado em 20 out 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 1721 de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html.

Brasil. Receita Federal. Solução de Consulta COSIT n. 173 de 2017. Contribuição para o PIS/PASEP sobre a folha de salários. Entidades Beneficentes de Assistência Social. Imunidade. Recurso Extraordinário n. 636.941/RS [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2017 27 mar.; Seção 1:64 [citado em 26 out. 2019]. Disponível em: <http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?idAto=81526&visao=a> notado.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado n. 308 de 2015. Altera a Lei n. 9656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para descentralizar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 2015d [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/121411>.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado n. 449 de 1999. Altera o art. 43 da Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), possibilitando aos hospitais universitários captar recursos provenientes de internações hospitalares [Internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 1999 [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/41050>.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado n. 485 de 2015. Altera a Lei n. 9656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para ressarcir diretamente o ente da Federação que realizar atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a beneficiário de plano de saúde [Internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 2015e [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/122397>.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 7419 de 2006. Altera a Lei n. 9656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [Internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 2006 [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=332450>

Brasil. Supremo Tribunal Federal (STF). Recurso Extraordinário n. 566622 de 2007 [Internet]. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2007 [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoDetalhe.asp?incidente=2565291>.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 1931 de 7 de fevereiro de 2018. Questiona a Lei n.9656/1998 (Lei dos Planos de Saúde) [Internet]. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 1998b [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 2228 de 2001 [Internet]. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2001 [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1827519>.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 4480 de 2010 [Internet]. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2010 [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=3979672>.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 4891 de 2012 [Internet]. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2012c [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4347847>.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 5595 de 2016. Arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015. Novo piso progressivo para aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Agravamento do sub financiamento do SUS. Ofensa à cláusula pétrea e aos direitos fundamentais à vida e à saúde. Retrocesso social [Internet]. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2016c [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5056708>.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 581488 de 2015. Melhoria do tipo de acomodação de paciente internado pelo Sistema Único de Saúde - SUS mediante o pagamento da diferença respectiva [Internet]. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2015f [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2604151>.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): TCU; 2018b [citado em 21 out. 2019]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/programa-de-apoio-ao-desenvolvimento-institucional-do-sistema-unico-de-saude.htm>.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório Auditoria - TCU n. 013912/2012-7. Relatório de Auditoria Operacional decorrente de determinação feita nos autos de solicitação do Congresso Nacional. Segunda porta do SUS - verificar possível ocorrência de nível diferenciado de qualidade entre os atendimentos públicos e privados nos hospitais da rede pública de saúde selecionados [Internet]. Brasília (DF): Tribunal de Contas da União; 2015^a [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/1391220127.PROC/%2520DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/3/%2520?uuid=25fe9960-1072-11ea-9279-6bcb17bb2983>.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria n. TC-023.181/2008-0. Relatório de Auditoria. Relatório de auditoria realizada na agência nacional de saúde suplementar, no período compreendido entre 25/8/2008 a 5/9/2008, em cumprimento ao acórdão n. 1023/2008-TCU-plenário, com vistas a avaliar a sistemática adotada para o ressarcimento ao sistema único de saúde (SUS) dos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos de assistência à saúde [Internet]. Brasília (DF): Tribunal de Contas da União; 2009b [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/KEY%253AACORDAO-COMPLETO-1125637/DTRELEVANCIA%2520desc/0/sinonimos%253Dfalse.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria n. TC 015940/2017-9. Consolidação de Fiscalização de Orientação Centralizada. Regularidade dos Processos de Concessão de Renúncias Tributárias relacionadas às áreas sociais e de desenvolvimento. Determinações e recomendações [Internet]. Brasília (DF): TCU; 2017d [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/etcu/ObterDocumentoSisdoc?seAbrirDocNoBrowser=true&codArqCatalogado=13266820&codPapelTramitavel=57914772>.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria n. TC-017-220/2017-3, visando à análise de regularidade dos procedimentos de concessão, renovação e supervisão das Entidades Benéficas de Assistência Social na área da saúde

(CEBAS) [Internet]. Brasília (DF): TCU; 2018a [citado em; 08 nov. 2019]. Disponível em:

https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/TCU/attachments/TCU_RA_01722020173_ddfc7.pdf?Signature=bH8xjn03ia9VxSwabZRjyUaMH%2FA%3D&Expires=1574108786&AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEA0765VPOG&response-content-type=application/pdf&x-amz-meta-md5-hash=d7264f7f985b3947d662e100ce0aa717.

Brunner E, Domhof S, Langer F. *Nonparametric analysis of longitudinal data in factorial experiments*. Hoboken: J. Wiley; 2002.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS, Rev. Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [citado em 23 out. 2019];17(1):77-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>.

Caldeira G. Governo de São Paulo fecha parceria público-privada com Unimeds. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo [Internet]. 2019 dez. 01 [citado em 05 dez. 2019] Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/blogs/coluna-do-broad/governo-de-sao-paulo-fecha-parceria-publico-privada-com-unimeds/>.

Campos CC. Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços [dissertação online]. Porto Alegre: Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10168/000499590.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Capriglione L. HC vai ampliar atendimento preferencial a plano privado. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011 maio 4 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0405201101.htm>.

Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da

Presidência da República; 2013 [citado em 23 out. 2019]. v. 2, 19-38. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>.

Casemiro L, Cavalcanti G. Operadoras de planos de saúde ampliam receita, apesar de perda de clientes. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro [Internet]. 2017 julho 02 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/operadoras-de-plano-de-saude-ampliam-receita-apesar-de-perda-de-clientes-21544177>.

Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, Pereira AMM, Souza JB. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [citado em 17 out. 2019];43(121):302–313. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200302.

Cerri GG. Em defesa do SUS. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet], 2011 ago. 02 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0208201107.htm>.

Chaves LDP, Anselmi ML. Fatores explicativos para a variação na produção de internações hospitalares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2008 [citado em 23 out. 2019];16(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Cohn A, Elias PE, Ianni AMZ. “*Subsídio Cruzado*” ou “*Dupla Porta*”: o público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo. São Paulo: CEDEC; 2002 [citado em 23 out 2019]. p. 2-35. (Série Didática; n. 6). Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI6-HC.pdf.

Cohn A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21 [Internet]. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2011 [citado em 17 out. 2019]. Cap. 15, p. 267-73. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>

Collucci C, Bedinelli T. Estado vai repassar conta de hospitais a planos de saúde. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011a jul. 12 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1207201101.htm>.

Collucci C, Bedinelli T. Plano poderá credenciar hospital público. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011b jul. 13 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1307201110.htm>.

Collucci C, Bedinelli T. Projeto prevê que hospital terceirizado atenda plano. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2010 dez. 01 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0112201030.htm>.

Collucci C. Ação quer veto a leito para plano de saúde. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011b ago. 10 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1008201127.htm>

Collucci C. Cliente de plano pode ir direto à rede SUS. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011a jul. 14 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1407201109.htm>.

Collucci C. Justiça proíbe hospitais de cederem leitos para planos. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011d set. 01 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0109201101.htm>.

Collucci C. Plano terá de pagar ao SUS por tratamentos mais caros. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011c ago. 30 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff3008201101.htm>.

Collucci C. Tribunal julga atendimento privado em hospitais estaduais de São Paulo. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2012a mai. 15 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1090521-tribunal-julga-atendimento-privado-em-hospitais-estaduais-de-sp.shtml>.

Collucci C. Tribunal julga dupla porta nos hospitais estaduais. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2012b mai. 17 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/42994-tribunal-julga-dupla-porta-nos-hospitais-estaduais.shtml>. Acesso em: 17 out. 2019.

Conselho crítica modelo adotado em SP. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011 ago. 30 ago [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff3008201102.htm>.

Conselho crítica reserva de leitos para planos em SP. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2012a mai. 09 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,conselho-critica-reserva-de-leito-para-planos-em-sp,870859>.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Menos de 10% dos municípios brasileiros possuem leito de UTI [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2018 [citado em 13 out. 2019]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27828:2018-09-04-19-31-41&catid=3.

Conselho pede fim da reserva de leitos em hospitais públicos para planos de saúde. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2012b mai. 11 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,conselho-pede-fim-da-reserva-de-leitos-em-hospitais-publicos-para-planos-de-saude,871700>.

Couffinhal A, Perronnin M. Accès à la couverture complémentaire maladie en France: une comparaison des niveaux de remboursement, Enquête ESPS 2000-2002. *IRDES Report* [Internet]. 2004 [cited 2019 Oct 23]; n. 1521. Available from: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/rap1521.pdf>.

CRM condena "apartheid" no HC. *Folha Campinas*, Campinas [Internet]. 1999 jul. 27 [citado em 17 out 1999]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/campinas/cm27079905.htm>.

Cysne RP. Despesas e receitas da Seguridade Social e da Previdência. *Conjuntura Econômica* [Internet]. jun. 2017 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <http://epge.fgv.br/users/rubens/wp-content/uploads/2017/06/despesas-e-receitas-da-seguridade-social-e-da-previd%C3%Aancia.pdf>.

Decisão de deputados inviabiliza a “segunda porta” em São Paulo. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2002 jul. 24 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2407200210.htm>.

A dupla porta do HC. *Estado de São Paulo* [Internet]. 2000 fev. 18 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/20000218-38839-spo-0003-edi-a3-not/busca/dupla+porta>.

Dupla porta causa polêmica. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 1999a dez.03 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0312199903.htm>

Dupla porta não é necessária com nova remuneração, diz ministro. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2003 jun. 12 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1206200310.htm>.

Dupla porta. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 1999b out. 04 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0410199911.htm>.

Dupla porta. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2001 ago. 26 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz2608200102.htm>.

Dúvida na saúde paulista. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011 ago. 03 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0308201102.htm>.

Ética nos hospitais. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2012 mai. 17 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/43289-etica-nos-hospitais.shtml>.

Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde). Cenários dos hospitais no Brasil. Brasília: FBH, CNSaúde; 2019 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019_10maio2019_web.pdf.

Fernandes A, Rodrigues E. Equipe econômica quer “nova CPMF” com alíquota de 0,22%. *Portal Terra*, São Paulo [Internet]. 2019 ago. 22 [citado em 13 out. 2019]. Disponível em: <https://www.terra.com.br/economia/equipe-economica-quer-nova-cpmf-com-aliquota-de-022,e556f3e20df785bb1f17c3eea8f94379xgm61yf2.html>.

Formenti L. Atendimento diferenciado pode gerar punição. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2010 abr. 12 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,atendimento-diferenciado-pode-gerar-punicao,537064>.

Formenti L. Operadoras querem planos de saúde específicos e no formato “pay-per-view”. *Portal UOL*, Brasília [Internet]. 2019 out. 19 [citado 21 out. 2019]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2019/10/19/operadoras-querem-planos-de-saude-especificos-e-no-formato-pay-per-view.htm>.

Gouveia, MTCS. A teia do direito à saúde: entre o posto e o disposto [tese online]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016 [citado em 20 out. 2019]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsintegralidade/resource/en/int-5171>.

Hospitais dizem ter medidas para reduzir impacto. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2002 jul. 22 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2207200203.htm>.

Hospitais estaduais cobrarão planos por atendimento. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2011 jul. 13 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,hospitais-estaduais-cobrarao-planos-por-atendimento-imp-,744227>.

Hospital deve buscar apoio da sociedade. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 1999 out. 4 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0410199910.htm>.

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Números do Setor. São Paulo; 2019 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>.

Ito V. Plano Acessível seria saída das Santas Casas por rentabilidade. *Diário Comércio, Indústria e Serviços (DCI)*, São Paulo [Internet]. 2017 jul. 04. Disponível em: <https://www.dci.com.br/2.252/plano-acessivel-seria-saida-das-santas-casas-por-rentabilidade-1.627964>.

Jatene AD. Dupla porta x dupla militância. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 1999 mai. 07 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opinioao/fz07059909.htm>.

Jatene AD. O equívoco da dupla porta. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2010 mai. 15 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,o-equivoco-da-dupla-porta-imp-,552168>.

Lambert P, Biancarelli A. Justiça aprova privilégio a paciente particular do HC. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2000 fev. 15 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1502200001.htm>.

Lei reabre polêmica sobre “dupla porta” em hospitais paulistas. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011 nov. 18 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2011/11/1008412-lei-reabre-polemica-sobre-dupla-porta-em-hospitais-paulistas.shtml>.

Leite CB. *Filantropia e contribuição social*. São Paulo: Ltr Editora; 1998.

Leite F. Convênio gera até 51% da renda de hospital. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2002 jul. 22 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2207200201.htm>.

Leite F. Hospitais estaduais atenderão paciente particulares. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2010 dez. 23 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,hospitais-estaduais-de-sp-atenderao-paciente-particular,657387>.

Leite F. Prefeitura de São Paulo quer vender serviços de saúde. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2001 out. 26 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u39366.shtml>.

Leite F. Serra veta atendimento privado em hospitais. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2009 set. 20 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,serra-veta-atendimento-privado-em-hospitais,438009>.

Machado CR, Lopes DB, Vaz FT, Maçanero VJ. *Análise da Seguridade Social em 2017* [Internet]. 18a ed. Brasília: ANFIP; 2018 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: https://www.anfip.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Livros_28_11_2018_14_51_18.pdf.

Machado FG, Mendes AN, Carnut L. The political-juridical forms of the State in contemporary capitalism and fiscal waivers in health. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [citado em 17 out. 2019];42(117):354–63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000200354&script=sci_arttext&tlng=en.

Machado JP, Martins M, LEITE IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 [citado em 17 out. 2019];39(Supl.):39–50. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500039&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2019.

Malaquias CR. Análise da arrecadação previdenciária, PEC n. 287/2017, Reforma da Previdência, Reunião Ordinária, Câmara dos Deputados, Comissão Especial. Brasília: Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (CETAD); 2017 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/55a-legislatura/pec-287-16-reforma-da-previdencia/documentos/audiencias-publicas/16-03.17-1/claudemir-rodrigues-malaquias-chefe-do-centro-estudos-tributarios-e-aduaneiros-da-receita-federal-do-brasil>.

Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado em 23 out. 2019] 22(1):179-90. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n1/179-190/>.

Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct. 23];3(4):e000829. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035510/>.

Melo MFGC. Relações público-privado no sistema de saúde brasileiro [tese online]. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2017 [citado em 23 out 2019]. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330343/1/Melo_MariaFernandaGodoyCardosoDe_D.pdf;maria.

Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza Júnior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado em 23 out. 2019];52(Supl 2):3s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s2/pt_0034-8910-rsp-52-s2-S1518-87872018052000639.pdf.

Menicucci TMG. Relação público–privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [citado em 17 out. 2019];13(5):1400–03. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500004.

Moraes AE. Uma boa luz no fundo do túnel. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2000 fev. 27 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz2702200006.htm>.

Moreira ML, Hilleogonda MDN. Internações no sistema de serviços hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006. *Rev. Bras. Epidemiol* [Internet]. 2011 [citado em 23 out. 2019];14(3):411-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000300006.

Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2002 [citado em 23 out. 2019];18(Supl.):77-87. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18suppl0/S77-S87/>.

Noguchi K, Gel YR, Brunner E, Konietzschke F. nparLD: an R software package for the nonparametric analysis of longitudinal data in factorial experiments. *Journal of Statistical Software* [Internet]. 2012 [cited 2019 Oct. 17];50(12). Available from: <https://www.jstatsoft.org/article/view/v050i12>.

Nublat J. Conselho critica atendimentos privados em hospitais públicos de SP. *Folha de São Paulo*, Brasília [Internet]. 2012a mai. 10 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1088639-conselho-critica-atendimentos-privados-em-hospitais-publicos-de-sp.shtml>.

Nublat J. Lei não favorece atendimento privado em hospital público, diz governo. *Folha de São Paulo*, Brasília [Internet]. 2012b mai. 11 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/05/1089240-lei-nao-favorece-atendimento-privado-em-hospital-publico-diz-governo.shtml>.

Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 23 out. 2019];48(6):968-76. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0968.pdf.

Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado em 17 out. 2019];23(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602035&lng=pt&tlng=pt.

Ocké-Reis CO. Texto para discussão mensuração dos gastos tributários em saúde 2003-2006 [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011 [citado em 13 out. 2019]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1399/1/td_1637.pdf.

Oliveira C. Em todo o país, pelo menos 90% das Santas Casas estão endividadas. *Rede Brasil Atual*, São Paulo [Internet]. 2017 mai. 14 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2017/05/em-todo-o-pais-pelo-menos-90-das-santas-casas-estao-endividadas/>.

Oliveira CMF. Utilização de serviços do sistema único de saúde por beneficiários de planos de saúde [dissertação online]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/celina_maria.pdf.

Or Z, Jusot F, Yilmaz E. The European Union Working Group on socioeconomic inequalities in health. *Revue Economique*. 2009 ;60(2): 521-54.

Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE). Health expenditure and financing [Internet]. Paris: OCDE; 2019 [cited 2019 Oct. 14]. Available from: <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en>.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [Internet]. 2011 [citado em 13 out.

2019];11–31. Disponível em:
<https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.

Paiva MV, Carrijo B. Filantropia: CEBAS e PROSUS [Internet]. In: 26o Congresso de Presidentes, Provedores, Diretores e Administradores Hospitalares de Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo; 2017 [citado em 13 out. 2019]; São Paulo: Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo. Disponível em:
<http://eventosfehosp.com.br/2017/arquivos/2017/Template%20Padrao%20-%2026%20Congresso%20Fehosp%20-%20Pre-congresso%20de%20Filantropia.pdf>.

Paiva MV, Carrijo B. Filantropia: CEBAS e PROSUS [Internet]. In: 27o Congresso da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (FESHOP); Atibaia; 2018 [citado em 13 out. 2019]. São Paulo: FESHOP; 2018. Disponível em:
<http://eventosfehosp.com.br/wp-content/uploads/2018/05/BRUNNO.pdf>.

Para Pinotti, discriminação é antiética. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2000 fev. 15 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em:
<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1502200003.htm>.

Pesquisa indica discriminação no HC. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2002 jul. 22 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em:
<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2207200207.htm>.

PESSOTO UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, Junqueira V, Rocha JL, Barboza R, Cortizo CT, Martins LC, Luiz OC. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [citado em 23 out. 2019];12(2). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200011.

Pinho A. Paciente terminal decidirá sobre morte. *Folha de São Paulo*, Brasília [Internet]. 2010 abr. 12 [citado 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1204201022.htm>.

Pinotti JA. A segunda porta. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 1998 ago. 27 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff27089807.htm>.

Pinto LF, Giovanella L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado em 23 out. 2019];23(6):1903-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>.

Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [citado em 23 out. 2019];9(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100009.

Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação dos gastos com ações e serviços público de saúde: trajetória e percalços nos períodos de 2003 a 2017 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2018 [citado em 20 out. 2019]. (Texto para Discussão; n. 2439). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf.

Piola SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2013 [citado em 14 out. 2019]. (Texto para Discussão; n. 1846). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf.

Prática exige regulamentação, diz secretário. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2002 jul. 22 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2207200206.htm>.

Procurador é contra privilégio. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2002 jul. 22 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2207200204.htm>.

Projeto de Avaliação do desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Avaliação do desempenho do sistema de saúde, monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). *Boletim Informativo PROADESS* [Internet]. 2019 [citado em 23 out. 2019];(4). Disponível em: https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar_errata_1403.pdf.

Projeto quer limitar internações. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2002 jul. 22 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2207200205.htm>.

Promotor diz que decreto cria a “dupla porta” nos atendimentos. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011 jun. 12 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1207201102.htm>.

Público e privado na saúde. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 1999 ago. 16 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opinioao/fz16089901.htm>.

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2018 [citado em 05 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.r-project.org>.

Racanicki J. STF começa a julgar se modula decisão sobre imunidade a entidades beneficentes. *JOTA*, Brasília [Internet]. 2018 set. 05 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em https://www.jota.info/paywall?redirect_to=//www.jota.info/tributos-e-empresas/tributario/stf-imunidade-entidades-beneficentes-05092018.

Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BF. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de

saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado em 23 out 2019];49:4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005748.pdf.

Reich R. Toward a political theory of philanthropy [Internet]. In: Illingworth P, Pogge T, Wenar L. *Giving well: the ethics of philanthropy*. Oxford: Oxford University Press; 2011 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <<https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199739073.001.0001/acprof-9780199739073>>. Acesso em: 17 out. 2019.

Retrospectiva 2011: projeto abre caminho para a chamada “dupla porta”. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2011 dez. 21 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://ciencia.estadao.com.br/noticias/geral,retrospectiva-2011-projeto-abre-caminho-para-a-chamada-dupla-porta,813886>.

Rodríguez M. El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2001 [citado em 13 out. 2019];15(6):527–37. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101716172>.

Salazar A, Rodrigues KG, Scheffer M, Silver L. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde [Internet]. São Paulo: Instituto Brasileiro de defesa do Consumidor (Idec); 2006 [citado em 13 out. 2019]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/legislacao/cartilha_idec.pdf.

Santos LA. Dupla Porta no SUS [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); 2014 [citado em 13 out. 2019]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/04/a-dupla-porta-no-sus/>.

Santos LA. Natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 [citado em 13 out. 2019];39(106):815–29, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030021>.

São Paulo (Estado). Leis etc. Decreto n. 57108 06 de jul. de 2011. Regulamenta dispositivos da Lei Complementar n. 846 de 4 de junho de 1998, introduzidos pela Lei Complementar n. 1131 de 27 dezembro 2010 [Internet]. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP); 2011a [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2011/decreto-57108-06.07.2011.htm>.

São Paulo (Estado). Leis etc. Lei complementar n. 1095 de 18 de set. 2009. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações de apoio aos hospitais de ensino [Internet]. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP); 2009 [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2009/lei.complementar-1095-18.09.2009.html>.

São Paulo (Estado). Leis etc. Lei Complementar n. 1131, 27 de dez. 2010. Altera a Lei Complementar n. 846 de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais [Internet]. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP); 2010 [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2010/lei.complementar-1131-27.12.2010.html>.

São Paulo (Estado). Leis etc. Lei Complementar n. 1243 de 2014. Altera a Lei Complementar n. 846 de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá providências correlatas [Internet]. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP); 2014a [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2014/lei.complementar-1243-30.05.2014.html>.

São Paulo (Estado). Leis etc. Lei n. 13271 de 04 de jan. de 2002. Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial [Internet]. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP); 2002 [citado em 17

out 2019]. Disponível em: <https://cm-sao-paulo.jusbrasil.com.br/legislacao/814062/lei-13271-02>.

São Paulo (Estado). Projeto de Lei Câmara Municipal n. 483 de 04 de set de 2001. Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial [Internet]. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP); 2001 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/projeto-de-lei-camara-municipal-483-de-4-de-setembro-de-2001>.

São Paulo (Estado). Projeto de Lei Complementar n. 62 de 11 de nov. 2008. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica [Internet]. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP); 2008 [citado em 14 out. 2019]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=836363>.

São Paulo (Estado). Relatório final dos trabalhos da CPI constituída com a finalidade de investigar denúncias sobre a situação econômica-financeira das Santas Casas. *Diário Oficial do Estado São Paulo* [Internet]. 2015 [citado em 17 out. 2019];125(195). Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com3312.pdf>.

São Paulo. Constituição Estadual (1989) [Internet]. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP); 1989 [citado em 13 out. 2019]. Disponível em: <http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/a2dc3f553380ee0f83256cfb00501463/46e2576658b1c52903256d63004f305a?OpenDocument>.

São Paulo. Poder Judiciário do Estado de São Paulo. 13ª Vara da Fazenda Pública de São Paulo. Processo n. 2066/1999, petição inicial. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor. 26 ago. 1999.

São Paulo. Poder Judiciário do Estado de São Paulo. 13ª Vara da Fazenda Pública de São Paulo. Sentença do processo n. 2066/99-3. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). 14 fev. 2000.

São Paulo. Poder Judiciário do Estado de São Paulo. 5ª Vara da Fazenda Pública de São Paulo. Ação Civil Pública. Processo n. 0029127-38.2011.8.26.0053, petição inicial. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Fazenda do Estado de São Paulo. 02 agosto de 2011b. Promotoria de Justiça de Direitos Humanos e Saúde Pública.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de São Paulo. Portal financeiro do gestor [Internet]. São Paulo: Gestão Orçamentária e Financeira (CGOF); 2019 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: <http://www.portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br/Login>.

São Paulo. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 2ª Câmara de Direito Público. Despacho. Agravo de Instrumento. Processo n. 0241892-22.2011.8.26.0000. 29 de setembro de 2011c.

São Paulo. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 2ª Câmara de Direito Público. Acórdão da decisão do Agravo de Instrumento n. 0.241.892-22.2011.8.26.0000. Agravante: Fazenda do Estado de São Paulo. Agravado: Ministério Público do Estado de São Paulo. 15 maio de 2012.

São Paulo. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 5ª Vara da Fazenda Pública do Sentença do Processo no 0029127-38.2011.8.26.0053 (Ação Civil Pública). Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Fazenda do Estado de São Paulo. 24 setembro de 2014b.

São Paulo. Tribunal de Justiça do estado de São Paulo. Quarta Câmara de Direito Público. Acórdão da apelação civil n. 168840-5/8-00. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelado: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). 23 agosto de 2001

Saúde libera R\$ 513 milhões para santas casas e hospitais filantrópicos. *Agência Brasil*, Brasília [Internet]. 2016 set. 01 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-09/saude-libera-r-513-milhoes-para-santas-casas-e-hospitais-filantropicos>.

Scheffer, M, Bahia L. Paulada no SUS. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011 jul. 22 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz2207201107.htm>.

Scheffer, M, Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014 [Internet]. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 2015 [citado em 17 out 2019]. Disponível em: <https://apsp.org.br/wp-content/uploads/2015/03/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>.

Scheinberg G. HC deve adotar fila única para atender população. *Estado de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 1999b jul. 28 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19990728-38634-spo-0008-ger-a8-not/busca/dupla+porta>.

Scheinberg G. Ministério Público vai à Justiça contra HC. *Estado de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 1999a ago. 27 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19990827-38664-spo-0018-ger-a18-not/busca/dupla+porta>.

SEADE. Portal de estatísticas do Estado de São Paulo, indicadores do Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE); 2019 [citado em 23 out. 2019]. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/>.

Sestelo JAF, Souza LEPF, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado em 17 out. 2019];29(5):851–66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/04.pdf>.

Shwartsman H. É necessário decidir a que se propõe o Hospital das Clínicas com a mudança. *Folha de São Paulo*, São Paulo [Internet]. 2011 mai. 04 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0405201103.htm>.

Silva HP, Caxias MCL. Benefícios para alguns, prejuízos para muitos: razões e implicações da adoção da dupla porta de entrada em hospitais universitários. *Saúde Sociedade* [Internet]. 2016 [citado em 13 out. 2019];25(3):808–20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016153412>.

Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado em 23 out. 2019];16(9):3807-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a16v16n9.pdf>.

Teixeira MF, Patrício RG. O fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no sistema único de saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. *Revista de Direito Sanitário* [Internet]. 2011 [citado em 17 out 2019];11(3):50–62. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13222/15036>.

Toledo K. Cerri promete rever contratos da saúde em SP. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2011a jan. 05 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,cerri-promete-rever-contratos-da-saude-imp-,662165>.

Toledo K. Justiça suspende lei que destina leitos de hospitais públicos a planos de saúde. *Estadão*, São Paulo [Internet]. 2011b set. 01 [citado em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,justica-suspende-lei-que-destina-leitos-de-hospitais-publicos-a-plano-de-saude-imp-,766877>.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [citado em 23 out.

2019];20(Supl.2). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014.

Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 [citado em 23 out. 2019];11(4). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019.

Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2000 [citado em 23 out. 2019];5(1):133-49. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232000000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Economics* [Internet]. 2004 [cited 2019 Oct. 23];13(7):629–47. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.919>.

Van Doorslaer E, Masseira C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* [Internet]. 2006 [cited 2019 Oct. 23];174(2):177-83. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329455/>.

Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 17];23(6):1751–62. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232018000601751&script=sci_abstract.

Viechtbauer W. Conducting meta-analyses in R with the metaphor package. *Journal of Statistical Software* [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct. 17];36(3):1–48. Available from: <https://www.jstatsoft.org/article/view/v036i03>.

Vieira FS. Impact of recent decisions and discussions on the Brazilian Public Health

System financing. *Saúde em Debate* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct. 17];40(109):187–99. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000200187&script=sci_arttext&tlng=en.