

## MESA REDONDA

# A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

**Wilson Rezende da Silva**

Consultor da FGV Projetos e Pesquisador Associado do GVsaúde. Atua como Professor e Coordenador Acadêmico de cursos do FGV in company.

**UM PAÍS COM AS ATUAIS** características da realidade brasileira, com o perfil demográfico vigente, com o perfil epidemiológico que temos e com as condições socioeconômicas dentre as quais eu destaco nos últimos anos: a) a inserção de grande número de pessoas atingindo a condição de verdadeiros cidadãos; b) o ingresso de parcela significativa da população na condição de consumidora e usuária de bens e serviços públicos; e c) que tem um modelo ainda médico centrado e hospitalocêntrico, sempre precisará de mais médicos e mais hospitais.

Eu vou trocar aqui as palavras “mais hospitais” genericamente por mais capital, por mais investimento em ativos fixos e tecnológicos. Nessas condições, o necessário acréscimo de capacidade deve ser provido pelo capital público/estatal, pelo capital privado ou por uma configuração mista entre esses dois. Essas questões, capital público/estatal, capital privado, mais a questão da gestão e dos modelos de gestão foram centrais nas discussões que antecederam a nossa apresentação. Esta mesa tem a finalidade de discutir o ingresso do capital estrangeiro na saúde. Por isso, a coordenação do evento preparou para os palestrantes uma pequena ementa para ajudá-los na orientação das suas falas. Vou repetir muito rapidamente para vocês os principais tópicos explicitados pela coordenação. Além da questão da constitucionalidade ou eventual inconstitucionalidade,

a coordenação levantou para os palestrantes quatro pontos:

- 1) se a participação do capital estrangeiro representa uma ameaça aos princípios do SUS e em que termos se dá eventualmente essa ameaça;
- 2) se a entrada de capital estrangeiro na saúde irá contribuir para a expansão e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil;
- 3) quais questões deveremos discutir quando se trata da presença do capital estrangeiro na assistência à saúde;
- 4) quais seriam os modelos mais aceitáveis para essa participação.

É óbvio que os palestrantes não vão estar circunscritos a essas questões, mas a ideia foi dar um indicativo que poderia nos auxiliar nesse debate.

# A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

**Francisco Balestrin**

Presidente do Conselho da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**O ASSUNTO PODE SER** interessante, mas não deixa de ser árido. Nesta apresentação, gostaria de trazer algumas observações importantes a respeito do tema. Primeiramente, pretendo falar somente daquilo que entendo e é factual; não farei qualquer tipo de especulação. Em segundo lugar, sou representante da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) e não do setor privado de saúde. Por esta razão, vou limitar-me, por uma questão de representatividade e também de conhecimento, a falar especificamente daquilo que diz respeito aos hospitais brasileiros e qual a percepção que se tem sobre o assunto. Quem esperava uma defesa forte do capital estrangeiro vai se frustrar com a minha apresentação, pois eu não vou fazê-la.

Não vejo tanto entusiasmo em relação ao capital estrangeiro, até porque não existe tanta atividade econômica no setor de saúde, principalmente no Brasil. A professora Ligia Bahia retrata exatamente aquilo que nós pensamos a respeito do sistema de saúde brasileiro, que padece de uma série de problemas que não são oriundos nem da presença nem da ausência do capital estrangeiro. No Brasil, em 2014, houve um investimento de R\$ 450 bilhões em saúde, o que representou 9,2% do PIB brasileiro. Desse valor, 45% são de origem pública e 55% de origem privada. Esta é a primeira grande distorção do sistema – o setor público ausenta-se do financiamento da saúde – e ninguém tem dúvida de que a saúde é subfinanciada no setor público. Esses 45% são divididos entre as verbas que o governo federal, os estados e os municípios têm que investir. O governo federal investiu R\$ 90 bilhões.

Entre as dez maiores economias do mundo, o Brasil é o único país em que o setor privado é maior que o público. Isso é alarmante, especialmente considerando a população e com as necessidades sociais brasileiras. Até os Estados Unidos, que eram semelhantes nessa idiossincrasia, com o modelo novo implantado pelo *Obama Care* conseguiu fazer com que o investimento público seja maior que o investimento privado. A média de investimento no setor público nos países de Primeiro Mundo é de 70%, e o Estado comparece com algo em torno de 9% do seu PIB. No Brasil, além do investimento público ser menor – 45% –, o estado comparece apenas com 2% deste montante. No setor privado, dos R\$ 250 bilhões que foram investidos, as operadoras de planos de saúde foram responsáveis por R\$ 110 bilhões; os outros R\$ 130 bilhões são despesas *out of pocket*

– os cidadãos tirando dinheiro do bolso para gastar em saúde, pagando consultas que não são cobertas, exames que não conseguem acessar pelo SUS. A família cotiza-se e paga, usando essas chamadas clínicas populares – que são um fenômeno que também precisa ser analisado –, cobrando consulta a R\$ 80, raio-X a R\$ 10 e exame laboratorial a R\$ 6.

## A política farmacêutica

O Brasil é uma das poucas economias desenvolvidas onde o cidadão não tem direito a medicamentos e acaba tendo que fazer o investimento. Quantos cidadãos atendidos no setor público ou no setor privado, antes de ir para casa, não passam na farmácia para comprar o medicamento? O Brasil não trata saúde da forma como deveria, mas subfinancia, tem um modelo fragmentado, não assume a gestão, não assume a discussão. Quem deveria liderar a discussão do modelo assistencial no país? Os hospitais privados? A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou o governo federal? Se o modelo de assistência no país não for discutido, uma série de outras questões importantes também não serão discutidas, como o modelo de remuneração, que é iníquo, gera demanda e corrupção.

Quando se fala de capital estrangeiro, é necessário perguntar: por que ele chegou? Durante a Constituinte, percebia-se claramente a distinção de dois grupos focados na discussão da saúde. O primeiro grupo com a visão mais sanitária e da assistência estatal. O segundo já era focado nos aspectos empresariais da saúde. Essas discussões foram importantes, fizeram com que a Constituição fosse relativamente extensa, mas ao mesmo tempo proporcionou muitas discussões. O capital estrangeiro

em saúde no nosso país não é novidade, não surgiu agora. Até 1988, o capital estrangeiro em saúde existia normalmente no país. Várias operadoras de planos de saúde eram internacionais e em várias cidades brasileiras havia empreendimentos privados de capital estrangeiro. Também existiam hospitais privados estrangeiros no Brasil; por exemplo, uma grande rede chamada American Medical International (AMI) tinha um hospital na Aço Minas, que era estrangeiro. O hospital que hoje se chama Hospital Aliança, na Bahia, também pertencia a este mesmo grupo estrangeiro, com uma associação local.

O que houve naquele momento? Houve uma visão tática do capital empresarial nacional, juntamente com a percepção de que existia algo interessante sob o ponto de vista daquilo que os setores sanitários propunham, tendo ocorrido naquele instante um acordo tácito, de promover uma vedação ao capital estrangeiro na assistência à saúde, que envolvia as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde, tais como laboratórios, hospitais, serviços de diagnóstico, todos eles. E assim o capital ficou proibido exatamente por conta dessa aliança tática. Todos esses empreendimentos estrangeiros foram vendidos para empresários nacionais, sem exceção, planos de saúde e hospitais.

O que houve a partir disso? Em 1998, o artigo 99, parágrafo terceiro da Constituição, vedava capital estrangeiro na assistência à saúde e dizia que as formas de vedação seriam regulamentadas por lei. O que foi feito, de fato, em 1990 com a lei do SUS, no artigo 151, que praticamente repetiu aquilo que estava na Constituição, mantendo a mesma vedação, inclusive com a mesma redação. Em 1998 foi então promulgada a Lei n.º 9656, sobre a regulamentação dos planos de saúde no nosso país. Logo no seu *caput* ela admite capital estrangeiro de pessoas físicas e jurídicas nas operadoras de planos de saúde, ou seja, permite desde a vinda de uma empresa como a *UnitedHealth* – que comprou uma empresa brasileira (porque isso é uma compra de um operador estratégico) – até a *IPO*<sup>1</sup> (*Initial Public Offering*), na medida em que permite o capital para investimento em Bolsa.

## Redes verticalizadas

O que aconteceu a partir daí? Essas operadoras de planos de saúde, sem qualquer tipo de vedação para a vinda de capital estrangeiro, passaram a configurar as suas redes verticalizadas (de novo, uma

questão de estratégia empresarial). Essas empresas compraram hospitais, serviços de diagnóstico e, neste momento, estabeleceu-se uma assimetria de mercado, em que planos de saúde poderiam comprar hospitais, montar redes hospitalares e, consequentemente, ter as vantagens de uma rede hospitalar. Quando se tem uma rede hospitalar, é possível comprar melhor, organizar melhor, ter melhores processos, melhor estruturação, mais resultados. Por outro lado, os hospitais privados brasileiros tinham de continuar da forma como atuavam antes, ou seja, *stand alone*, sozinhos no mercado sem poderem se unir. Este cenário promoveu um enfraquecimento da rede hospitalar brasileira privada não ligada às operadoras de planos de saúde.

Em 2014, simplesmente houve uma equalização em termos de direitos na possibilidade de captação de recursos externos para hospitais ligados e não ligados a operadoras de planos de saúde, ou seja, ligados a recursos financeiros via capital nacional. Na questão do capital, seja ele nacional ou estrangeiro, o importante é que ele traga para as instituições aquilo que hoje aparentemente falta: estrutura, organização, governança corporativa e governança clínica. Sem isso, não haverá bons resultados e a qualidade da atenção vai ficar cada vez pior, porque faltam cada vez mais recursos para o setor privado como já falta para o setor público. Não há nenhuma tendência para que esse ambiente melhore, nem de um lado nem de outro. O que se precisa fazer é ter melhores condições de ser operador.

## Acreditação

No Brasil, há pelo menos quatro instituições focadas nos processos de acreditação: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), a Joint Commission International (JCI), a Canada Accreditation e a National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (Niaho). Ou seja, esses modelos estão disponíveis, não há necessidade de vir o capital estrangeiro para incentivar a qualidade. Ele serviria, eventualmente, para estimular duas coisas: primeiro, quando essas empresas vêm elas trazem responsabilidades empresariais ligadas a grandes acordos que se faz principalmente na Bolsa de Valores (ética empresarial, *compliance*). Essas empresas não virão aqui, provavelmente, para fazer algo que não possa ser levado à Bolsa de Valores americana ou à brasileira.

1. Oferta Pública Inicial é o processo pelo qual uma empresa passa a ser de capital aberto

A Bolsa de Valores brasileira, no chamado nível três, não comporta empresas que não possam ter o modelo comprovado de governança corporativa, modelos de compliance, ética; as empresas brasileiras em Bolsa são de classe mundial. Então, se isso for trazido para o país, melhorará esse ambiente onde há hospitais desorganizados, em que a administração é fraca e os médicos e os serviços são mais fortes que a administração, porque existe uma gestão, existe um modelo, existe capital. Outra vantagem é o fato de que, eventualmente, podem ocorrer investimentos nacionais nos hospitais brasileiros. Hoje, não existe capital nacional para hospital privado, não existe estímulo. A Lei n.º 582, MP 582, que deu desoneração de folha de pagamento para várias instituições brasileiras em 24 diferentes setores, e que agora está sendo discutida, deu até isenção fiscal para hotel comprar coqueteleira, para pedras ornamentais, mas não proporcionou isenção fiscal para hospitais privados.

### Dívidas

O capital nacional é extremamente medroso de investir em hospitais, uma vez que se coloca capital oneroso nas instituições e elas quebram. As Santas Casas de Misericórdia do Brasil devem R\$ 17 bilhões atendendo ao Sistema Único de Saúde (SUS); 53% da

assistência à saúde no SUS é feito pelas Santas Casas de Misericórdia e elas estão todas quebradas. Quando ocorre um estímulo como uma linha de crédito no Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), essas linhas, contraditoriamente, só são dadas para as instituições que conseguem apresentar o seu certificado negativo de débitos, ou seja, estejam em dia com impostos, com pagamentos. Como elas não estão, não conseguem levantar recursos. Quem levanta recursos no Brasil? Os campeões nacionais são a Friboi, o Eike Batista e outros. Uma empresa como a Friboi doou R\$ 380 milhões para campanhas políticas, aliás, há um estudo que mostra exatamente a doação de operadoras de planos de saúde para campanhas políticas e não se encontram recursos doados por hospitais.

E mais: o capital nacional não confia no mercado nacional nem no empresário nacional. Por quê? Empresário nacional não tem padrões de organização, não tem padrões de governança, não sabe o que é uma auditoria, não sabe o que é um processo organizado, por mais esforço que a Fundação Getúlio Vargas faça na formação dos gestores. Porque o problema não é o gestor, é o dono, é o proprietário. O Brasil é um país que tem excelentes profissionais e gestores no setor de saúde, mas péssimos donos de hospitais.

## A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

### Lenir Santos

Especialista em direito sanitário pela Universidade de São Paulo (USP); coordenadora do curso de Especialização em Direito Sanitário Unicamp-Idisa

**MEU PRIMEIRO PONTO** seria a proposta de discutir a questão do capital estrangeiro na saúde para além da Constituição. Uma proposta difícil pelo fato de a carta constitucional ser a regra do jogo da democracia brasileira.

Se quebrarmos a regra a nosso bel prazer, ainda mais em campo de direito social, como fica a governabilidade na saúde se somos “pautados” pela força daqueles que a querem explorar como lucro? Além do mais, nos foram propostas algumas questões orientadoras deste debate em formato de per-

guntas. Penso que no presente caso – exatamente por tratar-se de uma violação à ordem jurídica – temos muitas perguntas a fazer. O que queremos é fazer perguntas para poder tentar entender o motivo dessa violação.

As perguntas orientadoras do debate são:

- Essa participação representa uma ameaça aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)? Em que termos?
  - Ela vai contribuir para a expansão e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil?
  - Quais as questões a discutir quando se trata da presença do capital estrangeiro na assistência à saúde?
  - Quais seriam os modelos aceitáveis para essa participação?
- Vamos às respostas.

### **Essa participação representa uma ameaça aos princípios do SUS? Em que termos?**

Talvez o ponto essencial deste debate seja responder a esta questão: Como a presença do capital estrangeiro na saúde no Brasil viola princípios do SUS? Se nós nos prendermos a analisar os princípios do SUS e verificar se eles serão violados com esse investimento estrangeiro, estaremos levando o debate para responder aos interesses de quem abriu a assistência à saúde ao capital estrangeiro porque poderá parecer simples dizer que a atuação privada na saúde, seja com capital nacional ou estrangeiro, não viola o princípio do SUS. Talvez não viole princípios nominais, como a universalidade, a integralidade, a descentralização.

A aprovação da lei viola a autoridade do país na organização de seu sistema de saúde público; o planejamento público voltado para o interesse da garantia de direito de cidadania; viola a cidadania ao violar a Constituição e impedir que a autoridade pública, mediante planejamento, possa dizer onde e quando se devem criar as exceções à regra da vedação, porque ela, a lei, admite exceções em nome do interesse público. Quebra o princípio da soberania do país para fundamentar e autorizar, de maneira regulada, os investimentos econômicos na saúde, de maneira a atender aos reclamos sociais. Primeiro deve-se responder se precisamos; depois porque e onde; quando; quanto.

Penso que o grande princípio violado do SUS foi o da autonomia como autoridade sanitária de planejar, discutir, regular e encaminhar pelo governo Projetos de lei (PL) com as exceções à regra da vedação, justificadamente. A abertura geral e irrestrita não fez parte do planejamento da saúde, não está prevista dentre as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS) e constitui uma afronta ao ordenamento jurídico e à direção nacional do SUS. Aqui fica a pergunta: a quem interessa essa abertura? Ao SUS

em primeiro lugar ou aos interesses privados internacionais?

### **Ela vai contribuir para a expansão e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil?**

Certamente não, porque não houve planejamento nem plano de saúde nacional que apontasse para essas necessidades. Pelo contrário. O planejamento apontou para a necessidade de médicos com formação generalista para a atenção básica e que se dispusesse a se fixar em locais periféricos. Não apontou para a falta de investimento nacional em setores onde o governo não consegue investir, sendo assim preciso incentivar o investimento externo. Nunca foi discutido nem veiculado nenhum planejamento ou plano de saúde nacional que apontasse para tal necessidade.

### **Quais as questões a discutir quando se trata da presença do capital estrangeiro na assistência à saúde?**

A pergunta precede outra. A discussão sobre a presença do capital estrangeiro na assistência à saúde deveria ser prévia à mudança da Constituição ou à criação de exceções. Ao invés de pautarmos os investimentos estrangeiros, fomos pautados pelos seus interesses que certamente é o lucro, e se possível de forma desregulada, como se deu com essa abertura. Agora vamos, depois de permitida sem planejamento e discussão, sem regulação alguma, apenas discutir essa presença.

Se ela é necessária, quais seus benefícios para o SUS e a população usuária; onde devem ser investidos recursos externos; como fazer para coibir benefícios fiscais, isenções, incentivos. O capital estrangeiro vai pautar o SUS, o que viola a autoridade sanitária que já ficou refém da abertura escancarada e agora irá ter de correr atrás para regular minimamente e ainda planejar, dizer onde esse capital deverá estar.

### **Quais seriam modelos aceitáveis para essa participação?**

Volto a dizer: essa pergunta também deveria ter sido prévia; deveria ter orientado o planejamento da saúde, o PNS. Agora que a lei permitiu, vamos discutir? Vamos pensar em quais modelos seriam aceitáveis? Por que isso não foi anterior à criação das exceções, que poderiam ter vindo no interesse do SUS, de forma planejada e regulada?.

O SUS está andando para trás como autoridade sanitária da saúde pública brasileira. Ao invés de

pautar é pautado; ao invés de referenciar, é referenciado.

O orçamento míngua ao invés de aumentar; a Emenda Constitucional (EC) traz uma perda de quase R\$ 7 bilhões e, nesse vácuo, abrirá espaço para investimentos estrangeiros.

Os planos de saúde são regulados no interesse das operadoras. Nova Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do deputado Eduardo Cunha, a 451, exige que as empresas garantam planos de saúde para seus empregados, aumentando o mercado dos planos e a possibilidade de investimento externo. Vamos assim espremendo o SUS para ser cada vez menor e sem qualidade.

Quais os modelos aceitáveis já é uma pergunta que nos coloca em posição inferior. E ela teria que ser prévia à abertura e não *a posteriori*. O SUS é quem deveria dizer o que quer e o investidor estrangeiro, se tiver interesse, adaptar-se aos regramentos. E não o contrário.

Concluindo, volto a dizer que a questão não está em responder a essas perguntas, mas sim em fazer perguntas como: por que se violou a Constituição abrindo totalmente a assistência à saúde ao capital estrangeiro, sem regulação? Por que isso ocorreu sem que o Ministério da Saúde fosse ouvido? O ministério fez um planejamento e verificou a necessidade de abrir a participação do capital estrangeiro a determinados setores da assistência à saúde? A justificativa do órgão é de que o capital estrangeiro já estava no país de forma ilegal e que, portanto, era melhor abrir para poder, depois, regular. É o mesmo que dizer: é melhor ser forçado pelos interesses privados econômicos na saúde do que pelas necessidades de saúde da po-

pulação, pelas necessidades do desenvolvimento econômico e social.

Porque não se fizeram esses estudos e se abriu onde houvesse justificativa? A forma como aconteceu – introdução de um artigo numa medida provisória que não tratava do assunto, votada e não vetada pelo governo –, é bastante grave. Isso é violação de princípio. Por que não coube ao ministério essa decisão, fundamentada em estudos? Se não delimitamos até hoje o que cabe ao privado fazer e o que cabe ao público, iremos fazer em relação ao capital investidor estrangeiro? E depois da abertura?

Sabemos que temos falta de médicos para as periferias, tanto que foi feito o programa Mais Médicos<sup>1</sup>. Certamente não teremos investimentos estrangeiros para a atenção básica; para as especialidades, que agora estão sendo estudadas, planejadas, ela depende de mão de obra qualificada e o capital estrangeiro não trará mão de obra especializada, mas sim investirá em áreas de tecnologias; e para os planos privados de saúde, uma vez que a abertura conferida pela Lei n.º 9.656 refere-se ao investimento do capital estrangeiro nas operadoras e seguradoras e não nos serviços.

Vamos instalar competição no terceiro setor? Vamos permitir Organizações Sociais de Saúde (OSS) estrangeiras, as quais praticamente detêm uma delegação pública para atuar onde o poder público se retirar da sua atuação direta? Ainda teremos o capítulo dos financiamentos públicos, dos incentivos fiscais, das renúncias etc.

Acho que não pude responder às quatro perguntas porque não tenho respostas para elas, nem para as da sociedade, que tem muitas perguntas sem respostas.

1. Mais Médicos é um programa lançado em 8 de julho de 2013 pelo governo Dilma, cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil

# A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

## Ligia Bahia

Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ) e membro da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

## O ROTEIRO QUE EU

preparei adota uma abordagem não normativa da literatura existente sobre esse tema, começando pelo processo de expansão e financeirização do sistema de saúde no Brasil, a partir do noticiário, do que tem sido divulgado pela mídia. Outro tópico é a agenda dos hospitais no Brasil e o último é o que me foi encomendado diretamente.

Sobre o tema, a literatura acadêmica é escassa. Na realidade, a maioria dos artigos existentes refere-se ao turismo médico e mais recentemente à problematização desse conceito de turismo. Na literatura crítica, há uma concentração maior de trabalhos sobre as experiências de ingresso de capital estrangeiro e seus resultados. Há por exemplo um artigo sobre o conceito de integração negativa, ou seja, a entrada do capital estrangeiro teria como efeito não uma integração no sentido da globalização, ou seja, um uso distinto do usual ao invés de integração com conotação positiva, seu inverso.

A literatura marrom – composta por manuais, compêndios, revistas especializadas, mas não científicas –, é muito importante para as áreas da fronteira do conhecimento, mas também é escassa em relação ao tema. A publicação mais interessante atualmente é um estudo do *International Finance Corporation* (IFC)<sup>1</sup>. Trata-se de um estudo para empresas de médio e pequeno porte na área de serviços de saúde e sobre como essas empresas podem obter financiamento, aproximar-se dos investidores, conhecer as melhores estratégias e quais os problemas em relação à aproximação com os investidores.

### Renúncia fiscal

A segunda parte será inspirada pela indagação: por que essa lei foi aprovada? Existe uma agenda dos empresários da saúde no Brasil, cujo principal ponto é a renúncia fiscal, seja como dedução, seja como isenção. Esse é o principal alvo, quer sejam empresários do setor de serviços, como é o caso, quer sejam empresários do setor da indústria. As ou-

tras demandas são: créditos, empréstimos – o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) abriu uma linha de crédito, de empréstimos, portanto o setor se capitaliza; apoio estatal para as atividades capitalistas, o que permite que seja possível ocorrer crescimento.

Há ainda investimentos dos fundos internacionais, porque na realidade, com uma economia com altas taxas de juros como é a brasileira, é importante que os hospitais consigam ter algum tipo de investimento, não apenas aqueles oriundos de empréstimos bancários. Os hospitais têm de pagar salários, fornecedores e recebem das empresas de planos de saúde às vezes com atraso. São gastos fixos, o que pode ser um problema dos prazos de rolagem muito prolongados. Não é à toa que os hospitais brasileiros, filantrópicos e privados, estão completamente endividados. A quantificação desse endividamento configura uma lacuna no nosso conhecimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem ao seu dispor 46% dos hospitais brasileiros e mais de 70% dos leitos desses hospitais. A maior parte dos hospitais de maior porte está conveniada ou contratada pelo SUS, mas os leitos de CTI (Centro de Tratamento Intensivo), que são os de maior complexidade ou de maior custo, à disposição do SUS vêm diminuindo. Os leitos mais caros estão mais disponíveis para os demandantes não SUS do que para os demandantes SUS.

O capital estrangeiro já está no Brasil e já tem uma entrada inclusive no setor de serviços, há muito tempo. Um dado de 2011 demonstra claramente que a rede de laboratórios Dasa<sup>2</sup> tem entrada do

1. Instituição membro do Grupo Banco Mundial voltada para o fortalecimento do setor privado nos países em desenvolvimento com vistas a combater a pobreza.

2. Empresa prestadora de serviços de medicina diagnóstica da América Latina

capital estrangeiro pelo menos desde 2008; o Pátria é um grande fundo de investimento internacional e está investindo no Dasa desde os anos 1990. Ou seja, a entrada do capital estrangeiro no Brasil no setor assistencial da saúde precede a legislação.

Essa é também a trajetória do Grupo D'Or, que é o maior grupo hospitalar no Brasil e que tem uma entrada de capital com atuação do BTG Pactual<sup>3</sup> do André Esteves. Esse grupo inclusive comprou o Hospital São Luiz de São Paulo, tendo aberto debêntures e não ações para captar recursos. Dessa forma, o BTG Pactual passou a integrar a diretoria do Grupo D'Or. É um investimento que implica, em tese, certa perda de controle por parte do grupo que o aceita. O IFC, paradoxalmente, empresta para o Grupo D'Or sob o argumento de que o Brasil é um país pobre. O banco empresta para pequenas e médias empresas para que haja desenvolvimento, aumento da riqueza. Nesse caso, ele emprestou para o Grupo D'Or que promete que vai não só atender pessoas com média renda, mas também de menor renda, em 2010.

### Estratificação social

Outro elemento contextual importante é um trabalho do professor Waldir Quadros, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que vem fazendo um estudo sobre estratificação social no Brasil. Ele demonstra claramente que entre 2003 e 2009 houve mobilidade social ascendente. Os segmentos C e D deslocaram-se para cima e houve diminuição do número de miseráveis. Entre 2012 e 2013, porém, não foi o que ocorreu. Houve um aumento do que ele classifica como miseráveis por meio de um critério de renda e inserção no trabalho. Esse trabalho está disponível no site do Instituto de Economia da Unicamp sob o título "Paralisia Econômica e Retrocesso Social e Eleições". Trata-se de um texto de apoio, publicado em janeiro de 2015.

A entrada do capital estrangeiro antecedeu a compra da Amil pela *UnitedHealth* (UHG). Essa compra foi em 2012, 2013, então o capital estrangeiro já estava no país quando a Amil foi comprada, aliás foi auto-vendida. É importante fazer essa localização histórica, uma espécie de linha do tempo dessa trajetória de entrada do capital estrangeiro. O capital estava na rede própria de planos de saúde, de grupos hospitalares das unidades de diagnose e te-

rapia como os Grupos Dasa e Fleury Medicina Diagnóstica e Saúde. Há um hospital em Volta Redonda que abriu debêntures, há bastante tempo. Ou seja, o fenômeno é antigo e extenso. O noticiário internacional concentra-se sobre a China. Há uma perspectiva de que esse país invista US\$ 1 trilhão na saúde até 2020, tornando-se então o grande atrativo para investidores internacionais. Seja como for o crescimento que o país tiver, essa é uma promessa, mas é necessário coração forte para investir na China, onde há corrupção e instabilidade. Em segundo lugar, está a Índia, entre os que mais aparecem no noticiário internacional e nacional.

A imprensa brasileira é a favor da entrada do capital estrangeiro na saúde; as entidades médicas são a favor, os jovens estudantes são a favor, todo mundo é a favor, pois existe uma perspectiva muito forte de que o capital estrangeiro traga qualidade, investimento. As notícias naturalmente são poucas, mas vê-se num jornal de Goiás, por exemplo, que há perspectiva de investimento de € 2 bilhões de um grupo italiano em um hospital desse Estado, cujo contrato não passa pelas instituições de saúde. Ele é negociado pelo deputado Federal Alexandre Baldi, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), e pelo governador Marconi Perillo em Paris. Isso aconteceu em 2013, antes da aprovação da lei. Outro jornal de Goiás traz notícia mais esclarecedora porque aponta como um principal aspecto positivo as Parcerias Público-Privadas (PPPs). Anteriormente, sem a lei, não seria possível as PPPs serem integralmente às custas de investimento estrangeiro, mas agora podem ser um investimento atrativo para os fundos internacionais. Ou seja, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e os hospitais filantrópicos também podem receber investimento estrangeiro.

O senhor Aldevanio Morato, presidente da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás, manifesta preocupação com os pequenos hospitais do Estado. Sua opinião é que os investidores procurarão as empresas de maior porte e não os pequenos hospitais. Ele salienta não ter restrições à entrada do capital, mas sim ao controle, à mudança na estrutura proprietária.

### Problemas prioritários

Uma agenda realista para os estabelecimentos hospitalares no Brasil não deveria ter o investimento

3. Banco de investimento brasileiro que atua nos mercados de *investment banking*, *wealth management* e *global asset management* na América Latina



estrangeiro como prioridade. Há uma agenda acumulada, uma dívida em relação ao problema dos hospitais no Brasil, que diz respeito aos preços, à escala, ao escopo, à integração nas redes dos hospitais, sustentabilidade e qualidade. Nós estamos devendo isso. A maioria dos nossos hospitais é de pequeno porte. Há no Brasil mais de 7 mil hospitais sendo que a maioria não tem escala para ter uma operação como se deseja, com qualidade.

## **Ainda não se decidiu no país se o hospital é filantrópico, se é lucrativo ou se é híbrido. Quando interessa, ele é filantrópico para ter dedução fiscal; quando não interessa, é lucrativo para ter investimento.**

Os hospitais são “vendedores” de materiais médicos e medicamentos, órteses, próteses. Suas contas são abertas e ainda não há sinais no horizonte da possibilidade da introdução do pagamento prospectivo. Pacote não é pagamento prospectivo, pois este requereria informações e um conjunto de investimentos para modificar o pagamento por procedimento. Por exemplo, uma internação no Hospital Israelita Albert Einstein para um parto normal é 40 vezes mais cara do que uma internação em outro hospital. Isso é um sistema de saúde? No SUS predominam os hospitais de pequeno porte e os filantrópicos lucrativos. Ainda não se decidiu no país se o hospital é filantrópico, se é lucrativo ou se é híbrido. Quando interessa, ele é filantrópico para ter dedução fiscal; quando não interessa, é lucrativo para ter investimento. Como um investidor internacional pode investir em um hospital filantrópico se ele não pode ter lucro?

Quanto aos canais de negociação por fora dos fóruns institucionalizados da saúde, na realidade nenhuma dessas negociações passa pela saúde, a não ser quando fica pronta. Aí o Ministério da Saúde é informado e aceita. A emenda constitucional é de conhecimento das autoridades da saúde, mas é uma negociação que passa inicialmente por fora dos fóruns da saúde sem qualquer aprovação do Conselho Nacional da Saúde, da Comissão Intergestores Tripartite, da Comissão Intergestores Bipartite, e sem informação aos secretários de Saúde. É uma negociação fundamentalmente econômica que passa por canais diversos. As amizades entre os poderosos são

importantes. Não é o caso de ter uma falsa moral. São amigos, são pessoas que vieram de extratos sociais mais desfavorecidos e atualmente são empresas que se favoreceram muito por essa mobilidade social dos segmentos C e D no Brasil.

A agenda dos hospitais não é sequer a agenda de todos os empresários da saúde. Os temas consensuais são a renúncia fiscal, o crédito, o investimento nacional. Essa pauta não está preocupada com necessidades de saúde, com integração na rede, com o SUS, com a nação brasileira, para onde vamos, etc. Não está. Embora agora haja um livro branco da saúde, ele traz proposições alheias aos problemas de saúde.

Por fim procurarei responder às perguntas que nos foram enviadas pela organização do seminário. Essa participação do capital estrangeiro representa uma ameaça? Sim, representa. Porque não tem interface com o SUS, não há menção ao SUS no texto da emenda. A palavra SUS desapareceu do vocabulário da nossa presidente da República. Atualmente se observa até uma tendência de substituir SUS por Sistema Brasileiro de Saúde.

Não há menção a aspectos sanitários, necessidades de saúde, vazio sanitário. Não há sequer, do ponto de vista econômico, menção aos oligopólios. Seria o mínimo que qualquer setor que se abra para a entrada de fundos internacionais se prevenisse contra, o que é uma falha do capitalismo reconhecida na literatura, isto é, a tendência à formação de oligopólios.

Igualam o filantrópico ao privado. Trata-se de uma tentativa improvisada de fornecer um salvo-conduto para as negociações de empresários e fundos internacionais com intermediação de autoridades do Executivo. Investimentos internacionais não irão contribuir para a expansão e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas sim para fusões e aquisições. Contribuirão sim para que as redes possam adquirir outro tipo de escala. Poderão contribuir para o aumento da eficiência. No que se refere à qualidade, depende da definição da palavra. Se for definida como resultado em termos de eficácia sanitária e etc, não, mas em termos genéricos sim. Pode estimular o uso de padrões, isso melhora a eficiência, então é inegável que sim.

Quais seriam os modelos aceitáveis para essa participação? Sob os valores e princípios do SUS.

Quais as questões e tarefas que as instituições de ensino e pesquisa devem discutir quando se trata da presença do capital estrangeiro na assistência à saúde? Uma primeira, é o direito à saúde. A Advocacia-Geral da União (AGU), a mesma que disse sim para a fusão, ou a compra da Amil pela *UnitedHealth*, disse não para essa lei. Mas o parecer da AGU foi desconsiderado em relação à aprovação. É muito importante ler esse parecer, que alega que esse decreto é inconstitucional. Há ainda outro problema: o pacto societário expresso na Constituição. A pergunta é se o Brasil quer ou não o SUS. O pacto societário firmado na Constituição inclui o SUS e, nesse sentido, essa lei abala profundamente esses alicerces.

É necessário aprofundar o conhecimento, elaborar perfis sobre o setor privado, monitorar os investi-

mentos para trás e para a frente, mapear tendências internacionais. A Escócia teve uma experiência de investimento de fundos estrangeiros e já saiu dela. Xangai teve uma experiência e hoje tem um sistema universal (só Xangai, não a China). É preciso estudar essas experiências, para ver exemplos positivos ou não, dar visibilidade acadêmica ao tema.

É importante realizar seminários com empresários, também com o pessoal da educação, porque os cursos de educação superior no Brasil tiveram investimento estrangeiro e têm uma experiência para relatar. O Ministério Público, o Poder Judiciário os órgãos de controle, inclusive a AGU e o Tribunal de Contas da União (TCU), devem ser convidados para permitir um debate mais amplo, para além da saúde.

## A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil

**Walter Cintra Ferreira Jr.**

Diretor-executivo do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**MEU PRIMEIRO PONTO** seria a proposta de discutir a questão do capital estrangeiro na saúde para além da Constituição. Uma proposta difícil pelo fato de a carta constitucional ser a regra do jogo da democracia brasileira.

Acho fundamental esse tipo de discussão e debate, principalmente quando se dá num ambiente acadêmico que teoricamente devia ser livre de qualquer preconceito para debater ideias e tentar entender a complexidade da nossa realidade. Uma das questões que me preocupa, me angustia, é que toda vez que se tenta por meio de modelos, leis e normas resolver questões extremamente complexas como a que estamos debatendo hoje, a questão da saúde, tais modelos são obrigatoriamente redutores. Assim, precisam ter flexibilidade, ser revistos, repensados e rediscutidos e o ambiente acadêmico é privilegiado para isso.

Eu queria começar falando, independentemente de dizer se é bom ou ruim, se sou contra ou a

favor, sobre o financiamento estrangeiro, a entrada do capital estrangeiro no país. O que chama a atenção, ainda mais pela situação política brasileira, é ver como isso foi aprovado. Não sou das lides jurídicas, mas como cidadão fico muito incomodado. Uma medida provisória, que aparentemente era para cuidar inicialmente de aerogeradores de energia, e que depois acabou com tabela de Imposto de Renda, dívidas de clubes de futebol e mais um monte de coisas. E, no meio, uma questão que afeta algo que está colocado na Constituição.

Isto leva, no meu entender, à percepção de que há uma fragilização das nossas instituições e, portanto, coloca a democracia em risco. O que coloca a democracia em risco não é eleger um governante

ruim, pois é sempre possível mudar o voto na próxima eleição. O que coloca a democracia em risco é ficar mudando as regras de maneira aleatória ou de maneira capciosa, casuística, tratando as instituições dessa maneira. Meu primeiro incômodo: como um assunto, de repente, numa penada, num jogo de cena, agora se torna possível? Antes não podia e agora pode. Então tá bom e vamos seguir em frente.

## Capitalismo e lucro

Considerando a questão colocada para nós palestrantes – “A participação do capital estrangeiro ameaça, põe em risco os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)?” –, eu colocaria isso de outra maneira. Hoje de manhã discutimos aqui neste mesmo evento que o Brasil é um país capitalista e num capitalismo há o lucro. Eu colocaria essa questão do risco pensando em termos de atividades econômicas concorrenciais. E faria uma pergunta: São Paulo tem 60% de cobertura de planos de saúde; no Brasil está na casa dos 25%; e no Estado de São Paulo, 43%. Por que temos plano de saúde privado? Por que pago plano de saúde para mim, para minha mulher e meus filhos? Evidentemente é um dinheiro que eu estou gastando que gostaria de não ter de gastar. Não pago plano de saúde por convicção de que quero pagar um plano, ter um plano privado. Pago porque não me sinto seguro o suficiente para ficar só na dependência do SUS. Não me sinto confortável e, como tenho um poder aquisitivo que me permite um plano de saúde com algum diferencial, simplesmente eu vou lá e pago. O capital privado, por si só, não traz risco e nem benefício.

Gonzalo Vecina deixou claro em sua apresentação que não devemos ser burros, mas tampouco ingênuos de achar que as coisas não têm consequências. Para mim, é claro, são duas atividades que disputam o mercado, são atividades concorrentes. Se eu tenho um sistema público no qual eu não tenho de gastar do meu bolso, que atende totalmente a minhas necessidades, para que eu iria ter um plano de saúde privado? E se esse pensamento faz sentido para a maioria das pessoas, provavelmente se isso acontecesse, se o SUS tivesse boa qualidade, não teríamos sistema privado de saúde, naturalmente. Então existe, evidentemente, uma atividade concorrencial aqui.

As professoras Ligia e Lenir colocaram muito bem, identificaram muito bem os atores, os agentes desse processo. O sistema capitalista é de acumu-

lação e não de distribuição, enquanto o SUS é um sistema solidário. Estamos vivendo numa consolidação do mercado da saúde suplementar, com operadoras comprando outras operadoras, investimento estrangeiro nas operadoras de planos de saúde, as operadoras nacionais com participação estrangeira ou não. Uma das maiores – a Unimed – aposta na verticalização, ou seja, ao invés de credenciar, pagar serviços credenciados, assume como próprios os serviços de prestação de assistência à saúde. No caso das operadoras que têm sido alvo do capital estrangeiro, a Amil, a Intermédica... Os hospitais próprios da Amil não entraram no pacote porque não podia, mas agora vai poder. Provavelmente será onde vai rapidamente acontecer a entrada do capital estrangeiro; a mesma coisa com a Intermédica.

## O SUS

É importante lembrar, falando ainda dos riscos para os princípios do SUS, que o SUS foi constituído a partir do processo de reforma sanitária do país. Quando foi aprovado, eu vi mais de uma pessoa comentar, tanto na televisão quanto na academia, que aprovaram um sistema muito avançado. De fato, houve um descompasso que não reflete a verdadeira relação de forças na sociedade. É um sistema muito mais solidário, até com forte componente estatal, claramente um sistema de bem-estar social, quando na sociedade a relação está mais para a iniciativa privada, a concorrência.

Saúde como direito também entrou na Constituição, mas há quem ache que não é bem assim, que o cidadão deve cuidar da sua saúde. Ainda temos nossos republicanos escondidos por aí, mas foi uma coisa que surpreendeu pela própria coalizão de forças no Congresso, do Eduardo Jorge, à época no Partido dos Trabalhadores (PT), ao Ursicino, do Partido da Frente Liberal (PFL). Foi realmente uma conquista, um embate político. Evidentemente, esse embate não terminou ali. Todos sabíamos que ia continuar e refiro-me aos riscos do SUS. Hoje a saúde é um motivo de reclamação e o SUS é sempre um motivo de insatisfação da população. Campanha eleitoral sim, campanha eleitoral não, o SUS entra como um dos focos principais, sempre com muita insatisfação.

O SUS promoveu uma reforma do aparelho do Estado. Só podia ter repasse de recurso do sistema. A municipalização precisa ter conselho municipal de saúde, precisa ter fundo de saúde. Houve prefeitos que utilizaram dinheiro da municipalização

para comprar fazendas. Essas coisas acontecem no país. Mas evidentemente houve uma grande evolução, uma reforma, talvez até inesperada, do aparelho do Estado, à custa do financiamento. Quer fazer financiamento, quer fazer assistência básica, deve seguir no programa saúde da família, se não, não vai ter financiamento. Quer fazer assistência de emergência? Tem que ser Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), se não, não vai ter o financiamento. Tem que ser Samu, o número tem que ser 192, a ambulância tem que ser de tal cor, até a central de chamada tem que ser do jeito que o governo está financiando. Isto promoveu uma grande reforma.

Evidentemente os problemas todos não foram resolvidos. Ainda temos problema de acesso. Aliás, talvez esse seja o grande problema do SUS, porque quem mais fala mal do SUS é quem não o usa, porque o cidadão que tem acesso ao SUS, todas as pesquisas mostram, demonstram grande grau de satisfação quando o utilizam. Como seu principal problema é ter acesso ao sistema, quando ele o consegue isso já é um motivo de satisfação.

Ainda nos riscos do SUS, nós vivemos numa sociedade onde a reivindicação do movimento sindical é mais SUS ou eles pedem planos de saúde dos seus empregadores? E o Senado Federal, que tem seu plano de saúde? Os senadores não usam o SUS. Esses são os riscos e o capital estrangeiro entra nesse contexto. Ele não é um risco por si só, mas sim dentro desse contexto. Vai melhorar? Vai ampliar?

### **Demanda a atender**

A saúde suplementar vem crescendo muito nos últimos anos, pois o aumento do emprego no país levou a um aumento importante dos beneficiários de planos de saúde. Os hospitais privados ampliaram muito a sua capacidade de leitos e de realização de exames, contando inclusive com financiamento subsidiado do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Se fizeram isso foi porque havia uma demanda para atender. Acredito que esse capital estrangeiro vai atuar exatamente no mesmo filão onde está atuando o capital nacional, ou seja, nos procedimentos de alto custo. Não será em maternidades que eles vão investir o seu dinheiro.

No SUS qual é o espaço que eles vão ocupar? Não sei dizer. Vão ser provedores de serviços? Vão ser provedores de modelos de gestão num eventual sistema de gestão de serviços SUS? Neste momento não é isso que está posto. O que está posto é muito claro: quais as questões a tratar em relação ao capital estrangeiro. Na verdade, eu acho que são as mesmas questões que a gente deve tratar em relação ao capital nacional.

## **Precisamos reconhecer que o modelo estatal puro não dá conta da necessidade e da complexidade dos serviços de saúde, da agilidade imprescindível.**

Primeira coisa: a saúde tem de ser uma atividade regulada pelo Estado. Lembrar que antes da regulação dos planos de saúde havia coisas do tipo Nipomed, carteirinha de desconto vendida como se fosse plano de saúde. Tínhamos cláusula com letrinhas pequenas. O primeiro plano de saúde que eu comprei tinha cláusulas com letrinhas bem pequeninhas, tinha limite de internação. Eu dava plantão num hospital que atendia a Blue Life. Como funcionava esse plano? Era um plantão tranquilo; atendia três a quatro pacientes em 24 horas. Só havia um detalhe. Esse plano de saúde tinha algo muito estranho: dava direito a 30 dias de internação; quando o paciente chegava você ficava ali contando quantos dias ele ainda tinha de direito à internação para saber se ia internar ou não. Vocês hão de convir que não é exatamente uma atividade com a qual o médico deveria se preocupar quando está atendendo um paciente.

### **Mais gastos, mais ganhos**

Tem cabimento ter um plano de saúde desse jeito? Acho que todo mundo diz que não. Essa atividade precisa ser regulada. Além disso, na saúde, ao contrário dos defensores da lógica de mercado, o mercado é um péssimo alocador de recursos, principalmente num sistema que tem um modelo de financiamento em que quanto mais eu gasto, mais eu ganho. Porque hoje os hospitais são bancas de venda de materiais e medicamentos. O financiamento desses hospitais é desta maneira. Sem falar que todos os intermediários e comissionados entram nessa corrente de quanto mais eu gastar mais eu ganho.

As próprias operadoras de planos de saúde lidam com essa questão, inibindo a utilização. Algumas até perceberam que precisam começar a fazer programas de promoção à saúde, porque viram que isto racionaliza o gasto. Mas isso é marginal. A maioria das operadoras controla o fluxo de caixa, negando autorizações, jogando para o mês seguinte e tentando controlar a sinistralidade. Não me parece um modelo voltado para promoção de saúde. No SUS, a questão do financiamento está se o capital privado vai entrar nesse sistema ou não. Qualquer capital, seja ele privado ou estrangeiro ou nacional, no final vai ser dinheiro público, porque o capital privado não vai entrar no sistema de saúde para não ser remunerado. Então o dinheiro público vai remunerar esse capital, seja estrangeiro, seja nacional. Capitalista nacional ou estrangeiro, para mim não faz diferença.

O que no SUS precisa ser considerado é que não é um sistema para fazer serviços de saúde, procedimentos de saúde. É um sistema para fazer saúde. Então, é necessário fazer gestão de saúde com base numa racionalidade técnico-social, considerando as questões de equidade, das populações sob condições de risco. Tem de fazer gestão de saúde, tem de fazer gestão dos serviços de saúde, tem de fazer gestão das doenças e gestão de casos. Precisa dar conta de tudo isso e são coisas diferentes; uma não pode ser confundida com a outra. E aí caindo na questão da participação ou não da iniciativa privada, com finalidade lucrativa ou não, na provisão de serviços e na gestão de saúde.

Eu acho que faz muito pouca diferença se a gestão é feita diretamente pelo Estado, se é por uma entidade privada sem fins lucrativos ou se é uma entidade privada com fins lucrativos. Precisamos reconhecer que o modelo estatal puro não dá conta da necessidade e da complexidade dos serviços de saúde, da agilidade imprescindível. Vários modelos foram propostos e eu queria encerrar usando um exemplo do modelo das Organizações Sociais de Saúde (OSS), do qual eu pude participar

e do qual fui muito entusiasta na época. Disse isso em eventos e ainda o considero muito interessante de ser estudado porque ele nada mais é do que a terceirização da gestão do serviço. Se a entidade é filantrópica, não é filantrópica, eu acho que são questões secundárias. Para fazer a terceirização da gestão do contrato, para fazer a análise de resultados, o Estado precisa estar equipado, precisa estar qualificado. É muito interessante pegar o que aconteceu no passado: em 1993, o Hospital da Vila Maria passou a ser administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) por meio de um contrato que não chamava de gestão e não tinha lei para fazer essa contratação. Quando veio a lei das OSS, a SPDM administrou outros hospitais. Comparando com outros hospitais administrados no âmbito do governo do Estado, aquele administrado pela Prefeitura tinha gritante diferença. No caso do Estado, havia controle da gestão, controle de indicadores, o repasse era garantido; com a Prefeitura de São Paulo, não havia equipe técnica de acompanhamento de contrato, não havia metodologia de acompanhamento de contrato e mais, quando chegava outubro, o dinheiro acabava e não era repassado o recurso.

Então, modelo de gestão não garante nada, nem financiamento, nem qualidade. O que vai garantir isso é se de fato o Estado forte e regulador estiver instrumentalizado para fazer a gestão e entregar para o cidadão aquilo que ele precisa. Se com participação da iniciativa privada, do capital privado, nacional ou estrangeiro, para mim é secundário. Nesses dois modelos, SUS e saúde suplementar, eu não vejo, pelas questões que eu disse aqui, solução possível hoje no horizonte da saúde suplementar que não conseguiu resolver ainda questões básicas da sua viabilidade no sentido de gerar saúde. A solução do Brasil não passa, na verdade, pela nacionalidade do capital que vai ser aplicado, mas por um SUS que funcione dentro dos princípios sobre os quais ele originariamente foi fundado.