

Mercantilização dos sistemas de saúde: caracterização nos sistemas de saúde europeus e indícios no SUS – lições para o Brasil

Mariana Ribeira Jansen Ferreira¹

Resumo: Desde os anos 1980, os sistemas de saúde europeus vêm passando por várias reformas, com ênfase à tendência de sua mercantilização. O objetivo deste artigo é evidenciar formas de implementação de mecanismos de mercado no funcionamento dos sistemas, alemão, britânico e francês e apontar como essa tendência afetado o sistema público de saúde brasileiro, o SUS. O trabalho apresenta diferentes formas de mercantilização implementadas nas reformas, com a distinção entre os processos de mercantilização explícita, em que há efetivo aumento da presença privada, e implícita, em que ocorre a incorporação de princípios advindos do setor privado no sistema público, tanto no financiamento como na prestação de serviços de saúde. A partir da análise da mercantilização dos sistemas europeus, o artigo apresenta evidências de como cada uma das quatro formas de mercantilização tem afetado o SUS, em um contexto de maior fragilidade de um sistema de saúde de premissa universal, mas que nunca teve recursos suficientes para garantir o pleno acesso à população.

Palavras-chave: Mercantilização; Reforma dos Sistemas de Saúde; Europa; SUS.

Commodification of health systems: characterization in European health systems and signs in SUS - lessons for Brazil

Abstract: Since the 1980s, European health systems have undergone several reforms, with emphasis on the tendency of their commodification. The objective of this article is to show how market mechanisms were implemented in the functioning of the German, British and French systems and point out how this trend affected the Brazilian public health system, the SUS. The work presents different forms of commodification implemented in the reforms, with the distinction between processes of explicit commodification, in which there is an effective increase in private and implicit presence, in which there is incorporation of principles from the private sector in the public system, both in financing and in the provision of health services. Considering the analysis of the European systems commodification, the article presents evidence of how each of the four forms of commodification has affected the SUS, in a context of greater fragility of a universal premise health system, but that never had sufficient resources to ensure full access to the population.

Key-words: Commodification; Health Systems Reform; Europe; SUS.

¹ Departamento de Economia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Rua Monte Alegre, 984, São Paulo, SP, Brasil, Cep : 05014-901. mariana.jansen@gmail.com

Introdução

O sistema público de saúde brasileiro, o SUS, enfrenta desde sua criação uma série de restrições para o cumprimento de seus preceitos constitucionais. A garantia de acesso, universal, equânime e integral, tem esbarrado em limitações profundas, derivadas do histórico da saúde pública brasileira, nas restrições orçamentárias e na própria visão dos entes federativos de como gerir o sistema. Essas dificuldades possuem, como importante determinante, um cenário nacional e internacional que tendeu, desde a década de 1980, a reduzir a valorização do ente público como capaz de proporcionar um sistema eficiente e eficaz. A crescente premissa de que a qualidade e a eficiência estão atreladas a lógica privada, que ganhou força nos contornos do “neoliberalismo” (DARDOT; LAVAL, 2009), tendeu a esvaziar o agente público e a tornar a adesão a princípios privados uma prática recorrente.

No entanto, o Brasil não é uma exceção. No mundo inteiro, essa concepção influenciou as reformas pelas quais os sistemas de saúde vêm passando pelo menos desde a década de 1980. Analisando as reformas de sistemas de saúde europeus (mais especificamente Alemanha, França e Reino Unido), pudemos identificar como este cenário tendeu a gerar uma mercantilização dos sistemas. Tratam-se de países que constituíram sistemas no pós-guerra amplos e universais, mas que, diante da crise econômica a partir dos anos 1970, e da redução no ritmo de crescimento econômico e do aumento na taxa de desemprego geraram pressão sobre o orçamento público, reintroduziram, ainda que de maneira parcial, a presença de mecanismos de mercado.

As reformas, implementadas a partir da década de 1980, eram justificadas a partir da premissa de que a inserção da lógica de mercado poderia tanto diminuir a necessidade de gastos públicos – com o setor privado assumindo determinadas funções – como aumentar a eficiência dos dispêndios existentes – ao inserir, dentro de estrutura pública, “mecanismos de mercado”, tais como concorrência, pagamento por resultado, etc.

O objetivo deste artigo é apresentar as principais tendências de mercantilização nos sistemas de saúde da Alemanha, na França e no Reino Unido, e apontar como este arcabouço metodológico pode ser utilizado para analisar essa tendência no caso brasileiro, ou seja, no SUS.

I. Antecedentes - a desmercantilização da proteção social

Durante os cerca de trintas anos conhecidos como os “Anos Gloriosos” do capitalismo, entre meados das décadas de 1940 e 1970, uma determinada conjunção de características econômicas, políticas e sociais viabilizou a constituição de um regime de acumulação pautado no incremento, simultâneo, dos lucros das empresas e dos salários dos trabalhadores, viabilizada por uma forte expansão da produtividade do trabalho. Uma questão-chave desse período foi o desenvolvimento de

amplos sistemas de proteção social, identificados como a constituição dos Estados de bem-estar social. Embora políticas sociais já existissem muito antes do pós-guerra², a forma específica que a proteção social desenvolve após a Segunda Guerra Mundial é que denominamos de Estado de bem-estar social.

Apesar das inúmeras abordagens sobre o tema, todas apontam a relevância do Estado de bem-estar para a estabilidade da relação capital-trabalho nas décadas posteriores à Segunda Guerra Mundial, assim como sua contribuição para o desenvolvimento de uma configuração virtuosa, na qual a expansão das despesas públicas, relacionadas à proteção social, era compatível com a estrutura de geração e distribuição de renda e com a acumulação de capital. Trata-se, assim, de um compromisso fordista-keynesiano-beveridgiano (BOYER, 1990; MARQUES, 1997).

Essa relação virtuosa está relacionada com dois processos. Primeiro, as transformações que a proteção social representou em termos de melhorias das condições de vida dos trabalhadores (ao proporcionar acesso a cuidados de saúde, seguro contra acidentes de trabalho, aposentadorias, etc.), impulsionando a elevação da produtividade do trabalho. Com a expansão da produção, a geração de receitas públicas crescia (via impostos e contribuições sociais), completando o círculo virtuoso que viabilizava o financiamento das despesas públicas. Segundo, as políticas sociais representavam um salário indireto ao trabalhador, ou seja, um acesso a bens e serviços desvinculado de pagamento direto³. Este mecanismo permitia que o trabalhador canalizasse recursos que seriam alocados no acesso a serviços sociais (educação, saúde, habitação) para a aquisição de bens de consumo⁴. Do ponto de vista capitalista, o mecanismo possibilitava a complementação do círculo de realização do capital, garantindo as vendas da produção de bens em massa realizada pelas empresas. Sendo assim, a reprodução capitalista era garantida pelos gastos públicos e despesas de consumo de forma direta e indireta, com o salário indireto proporcionando um consumo “socializado” (SAILLARD, 2002; THÉRET, 2002; BOYER, 2009).

Essa concepção de “salário indireto” é coerente com a contribuição que Esping-Andersen (1990) caracteriza como desmercantilização (*de-commodification*). O conceito já estava presente em Offe (1984) e em trabalhos anteriores de Esping-Andersen (1987). Na análise de Offe (1984), o Estado de Bem-Estar é resultado da necessidade de se desmercantilizar, ainda que parcialmente, certas atividades (domésticas, educativas etc.), realizando-as fora dos mercados, a fim de viabilizar a

² A conquista dos direitos sociais teria sido precedida, de forma geral na Europa, a seu reconhecimento enquanto pessoas detentoras de direitos de liberdades individuais (a partir do século XVII na Inglaterra e com a Revolução francesa, na França) e enquanto cidadãos políticos (processo moldado em contextos diferentes em cada país, entre o século XIX e o fim da Segunda Guerra Mundial), ou seja, dotados do direito ao voto e à representação política (PALIER, 1997).

³ “O desenvolvimento das transferências sociais resulta em uma socialização das rendas em que uma parte crescente é [distribuída] sem relação direta com o trabalho individual” (SAILLARD, 2002, p. 156).

⁴ “O crescimento do salário indireto [...] transformou-se em liberação do salário direto ou da renda domiciliar disponível para alimentar o consumo de massa” (OLIVEIRA, 1998, p. 22).

venda da força de trabalho pelos indivíduos. Esping-Andersen (1987) parte da análise histórica de Polanyi (2012), principalmente no que diz respeito à adoção de leis (*Speenhamland*, entre 1795 e 1834, e das *New Poor Laws*, entre 1834 e a década de 1940) que, ainda que de forma limitada aos pobres, desmercantilizavam parcialmente o mercado de trabalho e o acesso a bens e serviços.

No entanto, foi a partir da obra de 1990 (“The Three Worlds of Welfare capitalism”) que a ideia se difundiu: “o conceito refere-se ao grau em que os indivíduos, ou famílias, podem manter um padrão de vida aceitável socialmente independente da participação do mercado” (p. 37). Nas sociedades pré-capitalistas, as condições de vida não dependiam (pelo menos não somente) do trabalho assalariado, estando diretamente vinculadas aos laços de sociabilidade como a família, a igreja, as corporações de ofício, etc. A industrialização, ao desfazer os laços institucionais tradicionais, tornou a garantia da reprodução social mais dependente do contrato de trabalho e, com isso, “mercantilizou” parcela expressiva das condições de vida dos trabalhadores. Em outros termos, o acesso a mercadorias garantidoras da sobrevivência e da reprodução dos trabalhadores passou a depender, sobretudo, da venda de sua força de trabalho – essência da teoria marxista sobre o capitalismo. Neste sentido, a introdução de políticas sociais como direitos representou uma desmercantilização, ao permitir acesso a tais bens e serviços, sem que houvesse pagamento direto por eles (ESPING-ANDERSEN, 1990; KERSTENETZKY, 2012; POLANYI, 2012).

Essa desmercantilização (ainda que parcial) do acesso aos bens e serviços sociais ocorreu em graus distintos, mas foi bastante difundida entre os países europeus. No caso do Brasil, entre a década de 1930 com Vargas e meados dos anos 1970, foram desenvolvidas uma relevante estrutura de políticas sociais, porém marcadas pela fragmentação de acesso (mais fácil para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada), subfinanciamento, importante presença do setor privado, além da forte centralização decisória durante os regimes autoritários. Ou seja, tivemos o desenvolvimento de políticas sociais que desmercantilizaram o acesso, porém com fortes limitações das parcelas da população brasileira efetivamente beneficiadas por este Estado de Bem-Estar (DRAIBE, 1998).

II. (Re)mercantilização após a crise dos anos 1970

A crise econômica a partir da década de 1970 foi acompanhada de uma “crise” nos Estados de bem-estar social. A diminuição na produtividade industrial, junto com o arrefecimento no ritmo de crescimento econômico e com o aumento do desemprego, abalou as bases de financiamento das políticas de proteção social. O menor crescimento econômico significou uma queda no ritmo de expansão da arrecadação de impostos e o aumento no desemprego gerou uma retração nos recursos advindos das contribuições sociais pagas por trabalhadores e empregadores. Com isso, houve uma quebra no circuito de autofinanciamento das políticas sociais (BOYER, 1990; THÉRET, 2002). Nesse

sentido, interpretamos a crise do Estado de bem-estar como decorrente de uma crise econômica (ANDRÉ, 2002; KERSTENETZKY, 2012).

Além da dificuldade no financiamento das políticas, há dois impactos importantes: do ponto de vista macroeconômico, representou a geração de déficits fiscais, dado que as políticas sociais foram inicialmente mantidas e até mesmo ampliadas, frente à necessidade de maiores recursos, principalmente para o seguro-desemprego. Em um contexto de ampliação do desemprego, os Estados de bem-estar enfrentaram o dilema de lidar com um contingente crescente de pessoas dependentes das políticas de bem-estar em um contexto de queda na arrecadação (BOYER, 2007).

Do ponto de vista microeconômico, as empresas, diante da queda nas suas taxas de lucro, passaram a ver os gastos atrelados às contribuições sociais apenas como mecanismos que oneravam sua competitividade. Este processo contribuiu para a perda do reconhecimento social do valor gerado pelos benefícios sociais frente a seus custos, dentro de um contexto no qual os custos da proteção social são mais facilmente mensuráveis do que seus benefícios individuais e coletivos (BOYER, 2007). Sendo assim, “a cobertura social [passou a ser] vista pelas empresas mais como um custo do que como um ativo contribuindo para o crescimento” (BOYER, 2003, p. 185).

Além disso, os sindicatos, elementos essenciais no processo de luta de classes e dos ganhos sociais obtidos após a Segunda Guerra Mundial, perderam grande parte de seu peso político a partir dos anos 1970. Isto ocorreu em decorrência da própria crise econômica, que aumentou a taxa de desemprego e gerou subempregos, com isso reduzindo a quantidade de trabalhadores filiados aos sindicatos. Além disso, as reformas no mercado de trabalho e nas políticas sociais, implementadas a partir da década de 1980, reduziram muito o espaço de negociação que os sindicatos possuíam e isso gerou, associado ao desemprego, um acirramento de disputas *intra* trabalhadores (BOYER, 2009).

Apesar de diversidade entre os países, as questões enfrentadas pelos Estados de bem-estar social foram de natureza semelhante: dificuldades de financiamento, derivadas do impacto da crise econômica sobre a arrecadação de impostos e contribuições sociais; ascensão da ideologia neoliberal; pressão decorrente de acordos comerciais ou, no caso europeu, do tratado de Maastricht⁵. As reformas implementadas nos sistemas de proteção social passaram a ser apresentadas como inevitáveis, parte de transformações estruturais do capitalismo. Além disso, a pressão derivada de mudanças sociais (envelhecimento populacional, queda na taxa de fecundidade) associada aos custos crescentes da incorporação de inovações tecnológicas, ampliaram a percepção de impossibilidade de manutenção dos sistemas nacionais de proteção social como existiam a pressão para a realização de reformas. Ao

⁵ O Tratado criou a União Europeia, cujos países iniciaram um processo de integração comercial em 1952. Ao longo do processo, ampliou-se a quantidade de países signatários dos acordos, assim como sua abrangência. O Tratado definiu critérios específicos a ser cumpridos com relação às finanças públicas dos países signatários, com a definição de déficit público máximo, ao ano, equivalente a 3% do PIB e dívida pública equivalente ao teto de 60% do PIB (HASSENTEUFEL et al, 2001).

recuperar a literatura que interpretou essas reformas, Kerstenetzky (2012) sistematiza as mudanças a partir das seguintes interpretações: adaptação do Estado de bem-estar aos novos riscos sociais; remercantilização do acesso aos bens e serviços sociais; privatização, com incentivo do setor público para aumentar a oferta de serviços por meio do setor privado; perda de efetividade distributiva das políticas sociais. Algumas destas tendências parecem mais evidentes: ampliação dos mecanismos de controle sobre o gasto público social; tendência à diminuição da ação estatal direta, privatizando parte das políticas sociais⁶; redução e segmentação dos serviços sociais.

Cabe destacar como a ideologia neoliberal, que ganhou força com a crise e as vitórias eleitorais de Thatcher, no Reino Unido (1979), e de Reagan, nos Estados Unidos (1980), marcam essas reformas. Duas características marcam, essencialmente, a ideologia neoliberal: primeiro, o princípio da concorrência. A competição possui um papel-chave nessa ideologia, norteador toda organização econômica. Segundo, o princípio ético da autossuficiência, com a ação individual, dentro de um sistema competitivo, devendo prover as necessidades econômicas e sociais. A competição e a autossuficiência não negam a ação estatal, mas ela só se justificaria a fim de garantir as condições para que a ação individual e a concorrência se desenvolvam de maneira plena. Nesse sentido, não haveria uma oposição entre mercado e Estado no neoliberalismo, mas uma crítica às formas de intervenção estatais que não tenham como princípio favorecer a concorrência entre os agentes econômicos (DARDOT; LAVAL, 2009).

Essas concepções neoliberais permearam, a partir da década de 1980, as reformas dos sistemas de proteção social, com uma priorização das políticas na proteção individualizada, centrada na parcela da população incapaz de acessar bens e serviços sociais via mercado. Duas formas de políticas sociais tornaram-se as mais debatidas: o modelo de *workfare* norte-americano e o modelo de “flexicuridade” dinamarquês⁷, ambos originando o conceito de “Estado social ativo” (BOYER, 2007; BÖCKMANN, 2009). No que tange a proteção social em áreas em que elas tinham se tornado amplamente desmercantilizadas, como no caso da saúde, o que pode se verificar é uma (re)mercantilização derivada das reformas das últimas décadas.

⁶ “A privatização dos programas de bem-estar social é uma das estratégias mais defendidas na presente crise do estado de bem-estar. De fato, ela é promovida por duas razões distintas: a primeira com o objetivo de diminuir o gasto público e de estimular a independência; a segunda, visando responder as demandas mais diferenciadas e individualistas da sociedade ‘pós-industrial’” (ESPING-ANDERSEN, 1995, p. 106).

⁷ A “flexicuridade” na Dinamarca é muito específica e vinculada com suas formas institucionais já presentes no fordismo. O país já possuía ampla abertura à concorrência internacional, porém com contribuições sociais e impostos correspondendo a mais de 50% da renda nacional, a taxa de indenização para os desempregados podendo chegar a 90%, mesmo depois de quatro anos de desemprego, com a taxa de sindicalização de quase 80% e 1/3 dos trabalhadores sendo funcionários públicos. Nessas condições, o país apresenta elevado nível de vida e tanto a taxa de desemprego como de crescimento econômico são menores ou no máximo iguais a média dos países da OCDE (BOYER, 2007).

III. Mercantilização nos sistemas de saúde: exemplos na Europa e no Brasil

A análise aqui apresentada evidencia formas de retomada (ainda que parcial) de mecanismos de mercado no funcionamento do Estado de bem-estar social – no caso, dos sistemas de saúde – a partir da década de 1980. Essa tendência é derivada da dessocialização do financiamento e da organização do sistema, assim como pela criação, por parte do próprio Estado, de espaços de investimento para o setor privado: a saúde enquanto nova oportunidade para o regime de acumulação, um espaço antes não ocupado para a realização do capital (BATIFOULIER, 2014). O processo de mercantilização é justificado pelo “excesso” de gasto público (no Estado de bem-estar, de forma geral, e especificamente na saúde), a partir da premissa de que a inserção da lógica de mercado poderia tanto diminuir a necessidade de gastos públicos – vide o setor privado assumir determinadas funções antes públicas – como aumentar a eficiência dos gastos existentes – ao inserir, dentro de estrutura pública, “mecanismos de mercado”, tais como concorrência, pagamento por resultado, etc. (MAARSE, 2006; ANDRÉ e HERMANN, 2009).

Desde a crise econômica da década de 1970, que gerou pressão sobre a capacidade de financiamento das políticas sociais europeias, os sistemas públicos de saúde passaram por uma série de reformas. A partir de análise das reformas realizadas entre 1980 e 2010 em três países europeus (Alemanha, França e Reino Unido), é possível identificar seis tendências (JANSEN-FERREIRA, 2016):

- 1) Introdução de mecanismos de controle de custos: limitação de medicamentos cobertos pelos sistemas; ampliação dos mecanismos de co-pagamento (participação do usuário no financiamento dos bens e serviços utilizados); imposição de tetos de gastos para o setor hospitalar.
- 2) Ampliação na base de financiamento: em países com financiamento via contribuições sociais, aumento da alíquota de contribuição (Alemanha) e ampliação da base de arrecadação, com a inclusão de crescente uso de recursos advindos de impostos (França); em países com financiamento via impostos, ampliação do orçamento para a saúde (Reino Unido).
- 3) Descentralização (parcial) da gestão e alocação dos recursos: maior poder regional para alocação dos recursos (Reino Unido), porém tendência de maior centralização na gestão geral da arrecadação e orçamento global dos recursos (Alemanha e França).
- 4) Aumento da regulamentação: crescente regulamentação estatal e mediante agências regulatórias para-estatais ou privadas. Esta última tendência é bastante forte na Inglaterra, podendo destacar dois exemplos: a criação de uma agência para avaliação da efetividade de medicamentos e tecnologias, para decidir a incorporação no NHS, e a criação de uma agência

para regulamentação específica dos provedores de serviços privados ou autônomos atuando no sistema público⁸.

- 5) Ampliação da cobertura: enquanto no Reino Unido o acesso ao NHS sempre foi garantido a toda população (princípio da cidadania), na Alemanha e na França dependia da inserção no mercado de trabalho. Com o aumento do desemprego a partir do final dos anos 1970, estes países ampliaram as garantias de acesso. O principal caso é francês, em que o governo criou um mecanismo (cobertura de saúde universal – *Couverture Maladie Universelle*) a fim de garantir cobertura aos cuidados de saúde para as pessoas excluídas da Seguridade Social.
- 6) Mercantilização: aumento da participação do setor privado no financiamento e prestação de serviços de saúde, além da crescente incorporação de princípios privados (como a eficiência como pressuposto central) nos sistemas públicos de saúde.

Dentre as seis tendências, destacamos a tendência a mercantilização ou (re)mercantilização. O termo é aqui utilizado no sentido de aumento da lógica privada dentro dos sistemas públicos de saúde. Por lógica privada, compreendo o aumento da participação direta do setor privado (enquanto provedor e financiador no sistema) e a adoção de princípios privados de gestão, remuneração e organização dos sistemas.

A partir da constatação de um processo de mercantilização, buscamos sistematizar as diferentes esferas nas quais esse processo pode ser analisado. Uma primeira distinção geral importante é com relação a mercantilização do ponto de vista do financiamento do sistema e da provisão de serviços. Essa distinção já aparece nos trabalhos desenvolvidos por Maarse (2006) e André e Hermann (2009), e contribui para diferenciar as formas da ampliação da esfera privada nos sistemas.

Outro traço importante, esboçado nos trabalhos de Maarse (2006) e Schulten e Böhlke (2012), diz respeito a diferenciar a mercantilização em termos de processos internos/internalizados e externos/impostos. Esta distinção é relevante, a fim de explicitar o fato de que a ampliação da lógica de mercado e de participação privada nos sistemas de saúde expande-se não somente em termos de transferência de responsabilidades do setor público para o privado, como também na adoção crescente de uma lógica de atuação privada por parte do setor público.

⁸ A agência para avaliação de medicamentos e tecnologia é a *National Institute of Clinical Excellence* (NICE), criada em 1999 (desde 2012, é conhecida como *National Institute for Health and Social Care*). No mesmo ano de 1999, o governo criou a agência *Monitor*, que regulamenta a atuação do setor privado (lucrativo e não lucrativo) dentro do NHS. Sua importância cresceu muito nos anos 2000, tendo se tornado, rapidamente, o órgão mais importante de regulamentação hospitalar (após 2003, com o estabelecimento dos hospitais como instituições públicas de direito privado) e das instituições privadas independentes contratadas para prestar serviços junto ao NHS. Em 2009, a instituição ampliou ainda mais sua esfera de atuação, passando a operar como “regulador econômico”, por meio do *Cooperation and Competition Panel*, tendo como prerrogativa que tanto a cooperação como a concorrência são desejáveis no sistema de saúde (MAYS et al, 2011; HASSENTEUFEL, 2014).

Considerando estas diferenciações citadas, na análise realizada sobre a mercantilização dos sistemas de saúde na Alemanha, França e Reino Unido, diferentes formas de imbricamento na relação público-privada foram identificadas, com a sistematização de quatro formas de mercantilização distintas:

1. Mercantilização explícita do financiamento: os mecanismos de mercado e a participação privada adquirem maior importância no financiamento dos sistemas de saúde de forma direta, seja na forma de desembolso direto e pagamento de mecanismos de co-pagamento, seja na contratação de seguros de saúde privados.
2. Mercantilização explícita da oferta de serviços: os mecanismos de mercado e a participação privada ampliam sua presença na prestação de serviços, assumindo parte das funções públicas. Isso ocorre desde a terceirização de serviços auxiliares nos hospitais até sua privatização *stricto sensu*, passando pela transferência da gestão de hospitais públicos para instituições privadas e pela ampliação da contratação de instituições privadas para assumir parte da oferta de serviços.
3. Mercantilização implícita do financiamento: os mecanismos de mercado e a participação privada também ampliam sua presença no financiamento “interno” dos sistemas, ou seja, na distribuição dos recursos. Essa influência ocorre na lógica de financiamento da estrutura pública, com a formação de parcerias público-privado.
4. Mercantilização implícita da oferta de serviços: ampliação da lógica e de princípios privados na prestação de serviços. A face mais evidente desse processo é a nova gestão pública (*new public management*), em que a gestão dos prestadores de serviços públicos passa a ser realizada como uma instituição privada. De forma mais específica, foi a adoção do mercado interno e de mecanismos de pagamentos por resultado para os prestadores de serviço.

Essa classificação permite a sistematização da mercantilização identificada nos sistemas de saúde alemão, francês e britânico.

Quadro 1: Tipos de mercantilização nos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. 1980 – 2015.

Mercantilização explícita		Mercantilização implícita	
Financiamento	Oferta de serviços	Financiamento	Oferta de serviços
Pagamento direto / co-pagamento	Terceirização de serviços auxiliares	Parceria público-privada	Nova gestão pública
Seguro Privado	Atendimento de pacientes privados na rede pública	Ampliação concorrência - Caixas de saúde	Aumento da concorrência entre prestadores de serviço (públicos)
	Incorporação setor privado na oferta de serviços		Pagamento por resultado - hospitais
	Gestão privada de instituições públicas		Pagamento por resultado - médicos
	Privatização (stricto sensu)		
	Fusões e aquisições		

Fonte: Elaboração própria.

A partir desse arcabouço, buscamos nesse artigo sistematizar algumas das características mais importantes das quatro formas de mercantilização, indicando como elas ocorrem nos países europeus e quais são os indícios presentes no caso brasileiro. Ou seja, como a mercantilização ocorre nos SUS nos últimos anos.

1. Mercantilização explícita na prestação de serviços

Em termos de mercantilização explícita, podemos destacar duas características: a gestão privada de instituições públicas e as fusões e aquisições, com ampliação do capital financeiro nos sistemas de saúde.

A contratação de gestores privados por hospitais públicos instituiu-se como uma prática explícita de participação privada dentro das premissas do *new public management*, a nova gestão pública, a fim de racionalizar a alocação dos recursos públicos, com a adoção de instrumentos e uma organização pautada na gestão. Na França, esta prática não está presente porque ela é legalmente interdita – ou seja, os hospitais públicos não podem ser geridos por instituições privadas (BATIFOULIER, 2014).

Na Alemanha, por sua vez, restrições dessa natureza também existiam. No entanto, no início dos anos 2000, a estrutura legal dos hospitais foi modificada, permitindo a contratualização de instituições privadas para gerirem hospitais públicos. A partir disso, diversos hospitais terceirizaram sua gestão estratégica e operacional junto a outros hospitais privados ou a empresas de consultoria. Não há dados oficiais sobre a extensão desse processo, mas destacamos o caso da empresa *Sana Kliniken-Gesellschaft*, que era, em 2003, a principal empresa gestora de hospitais públicos, com contratos em 41 hospitais, somando mais de 12 mil leitos – além de possuir hospitais privados próprios (BUSSE; BLÜMEL, 2004; MAARSE, 2006).

No caso inglês, inicialmente, esta prática não se disseminou dentre os hospitais. Ao longo da década de 1990, ao invés de contratarem gestores privados, os hospitais passaram por um processo crescente de incorporação da lógica privada de atuação. No entanto, alguns hospitais que se converterão em instituições públicas de direito privado (*foundations trusts*) optaram pela contratação de gestão privada (com ocorrência, no entanto, de rescisão de contratos por má gestão⁹). Além disso, no setor ambulatorial, o governo permitiu, a partir de 2005, que o setor privado passasse a gerenciar centros de saúde, os *NHS Health Centres*, em suas diversas modalidades (*GP-led Health Centres*, *walk-in centres*, *GP Surgeries*). Em 2009, já existiam 23 instituições privadas com fins lucrativos gerenciando 227 *health centres* e *GP surgeries*. Embora a maioria seja gerenciada por clínicos gerais, aos menos duas grandes instituições privadas (Care UK e Assura) gerenciavam 12 *health centres* cada uma (LISTER, 2010; DAVIDSON e EVANS, 2010).

No caso do SUS, o Brasil possui diversos modelos de gestão privado do sistema de saúde. Dentre estas, destaca-se no Estado de São Paulo o modelo de Organizações Sociais de Saúde (OSS)¹⁰. A crítica não está circunscrita a gestão privada em si, mas a inexistência de indicadores que permitam uma clara avaliação da eficiência desse tipo de gestão, e sem se pautar apenas na eficiência e descuidar da eficácia, como por exemplo, em indicadores da quantidade de consultas por médico (corremos o risco de um "produtivismo"vazio em efetivo cuidado). Além disso, identifica-se a ausência de mecanismos que permitam um acesso mais transparente aos contratos firmados entre secretarias de saúde e OSS, a fim de ocorrer um efetivo acompanhamento na prestação de serviços. A partir do maior conhecimento dos contratos, proposição de contratos mais transparentes, com cláusulas que efetivamente acomodem as prioridades de saúde pública – muito mais do que o “simples” cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (SANO; ABRUCIO, 2008).

Outro elemento bastante importante de mercantilização explícita na oferta de serviços diz respeito às fusões e aquisições, que marcaram não só uma concentração na prestação de serviços, mas uma ampliação na participação do capital estrangeiro e de lógica financeira.

No caso europeu, o processo de fusões e aquisições está relacionado com uma série de fatores. Inicialmente, é impulsionado pela pressão geral para redução de gastos hospitalares, que eram responsáveis por grande parte do ritmo de expansão dos dispêndios públicos com saúde. Além disso, os interesses do setor privado, tanto o já envolvido no setor de saúde (como as corporações de saúde

⁹ Como no caso do hospital Good Hope Hospital Trust, que contratou a empresa Secta, em 2003, mas o contrato foi rompido antes do prazo, por iniciativa da Secta. A primeira experiência efetiva, com o estabelecimento de um contrato de gestão de longo prazo, ocorreu com o Hinchingsbrooke Hospital, cuja gestão foi assumida pela Circle Health em 2012 – decisão tomada a partir de uma seleção final de três instituições (Circle Health; a australiana Ramsay Health Care; e Serco), todas sem experiência com grandes hospitais, sendo a Serco sem qualquer experiência no setor de saúde. O contrato de 10 anos foi reiniciado em 2015, após diversos relatórios públicos com denúncias de irregularidades econômicas e piora na qualidade (LISTER, 2010; HINCHINGBROOKE, 2015).

¹⁰ Para um detalhamento, do próprio Estado de São Paulo, sobre o modelo das OSS, ver: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoecs/organizacoes-sociais-de-saude-oss>

norte-americanas¹¹) como o sem experiência no ramo (como grandes fundos de investimento no formato de *private equities*), influenciaram as mudanças no setor. A ampliação do processo de fusões e aquisições ocorreu por meio das privatizações, entre instituições privadas e entre instituições públicas. Assim, entre 1990 e 2009, ocorreram 1.606 fusões e aquisições no setor de saúde em toda a Europa, envolvendo hospitais gerais e cirúrgicos (31%), instalações para cuidados de enfermagem qualificados (27%), serviços de cuidado domiciliar (16%), entre outros (ANGELI e MAARSE, 2012).

Conforme apresentado na Tabela 1, Alemanha, França e Reino Unido estão entre os quatro primeiros países europeus, tanto em termos de países cujas instituições foram adquiridas quanto entre os países cujas instituições realizaram aquisições no continente:

Tabela 1: Fusões e aquisições do setor saúde na Europa, países com maior participação, 1990 a 2009.

	País alvo	Quantidade	País comprador	Quantidade
1º	Reino Unido	789	Reino Unido	657
2º	Alemanha	238	Alemanha	215
3º	França	156	Desconhecido ¹	140
4º	Espanha	103	França	133

Fonte: Angeli e Maarse (2012). Elaboração própria.

¹De acordo com os autores, estima-se que a maior parte do que está denominado como compradores “desconhecidos” sejam provenientes dos Estados Unidos, principalmente *private equities*.

Diferente das fusões e aquisições que marcaram outros setores da economia, na década de 1990, nos sistemas de saúde este processo se intensificou nos anos 2000, atingindo seu auge, nesta série histórica, em 2007 – e perdendo força após a crise econômica mundial, em 2008. Dentre as aquisições internas, 60% foram realizadas por outras instituições de saúde e 27% por instituições financeiras. No entanto, 27% do total das fusões e aquisições foram realizadas por instituições estrangeiras – sendo que, dentre estas, 52% eram corporações financeiras e somente 28% instituições de saúde. É importante explicitar que as “privatizações por meio de fusões e aquisições lideradas por instituições financeiras – encorajadas ou não por mudanças regulatórias ou pela ação dos Estados – por definição alteram o mix público-privado dos sistemas de saúde” (ANGELI e MAARSE, 2012, p. 271). Isto significa não só uma mudança de propriedade, mas um aumento na incorporação dos princípios de mercado dentro da gestão das organizações de saúde, acentuando a adoção dos mecanismos de “*new public management*”.

Entre os países estudados em nossa análise, a Alemanha e o Reino Unido destacam-se com diversas fusões e aquisições de hospitais privados, com importantes aquisições envolvendo a compra de hospitais por grandes conglomerados financeiros.

¹¹ Fusões e aquisições no setor de saúde já eram um processo característico do setor hospitalar dos Estados Unidos nas décadas de 1980 e 1990. De acordo com Angeli e Maarse (2012), os hospitais norte-americanos que fazem parte de grandes conglomerados passaram de 32,1% para 73,4% entre 1980 e 1997.

No caso do Reino Unido, embora seja um movimento entre instituições privadas¹², e não de hospitais do NHS, apontam uma tendência de ampliação do setor financeiro no setor saúde, característica crescente na economia financeirizada do país como um todo. Já com relação à Alemanha, este movimento, muito acentuado nos anos 2000, constituiu quatro grandes grupos hospitalares privados no país, principalmente de capital nacional.

Todas essas fusões não ocorreram, no entanto, sem reações. O Grupo Wittgensteiner Klinken/Fresenius, adquiriu, em 2002, o hospital Herbolzheim (antes de propriedade pública, da cidade de Freiburg). No entanto, foi acusado pelo sindicato *Ver.di (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)*, a qual são filiados a maior parte dos profissionais não-médicos da saúde na Alemanha) de não prover os serviços necessários à população local. Por conta disso, teve que devolver o hospital ao governo local (SCHULTEN e BÖHLKE, 2012).

No Brasil, após a criação do SUS, sua Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) vetava a presença de capital estrangeiro na assistência à saúde. Ainda assim, o capital estrangeiro podia atuar nos setores farmacêuticos, de planos de saúde e seguradoras. A participação do capital estrangeiro concentrou-se na provisão de planos privados de saúde, regulamentado pela Lei 9.565 de 1998, conhecida como a Lei dos Planos de Saúde. Essa lei permitiu que planos privados de saúde com presença de capital estrangeiro ingressassem no país e, indiretamente, adquirissem hospitais de propriedade das seguradoras. O maior exemplo desse movimento ocorreu em 2012, quando a UnitedHealth comprou a maior seguradora nacional, a Amil. Nesta operação de quase US\$ 5 bilhões, a gigante americana adquiriu 22 hospitais e quase 50 clínicas operadas pela Amil (UNITED HEALTH GROUP, 2012).

Sendo assim, as limitações que existiam ao capital estrangeiro, embora presentes, já eram contornadas pela associação entre a atuação simultânea de empresas como seguradoras e provedoras de serviços de saúde. Ainda assim, a liberação quase plena ao capital estrangeiro modificou o setor. A alteração da restrição, embora já fosse objeto de debate (como no projeto de Lei 259, de 2009), foi aprovada sem qualquer reflexão social profunda, em janeiro de 2015, na Lei 13.097/2015¹³ (SCHEFFER, 2015). Como apresentado por Filippon (2015), o argumento em defesa dessa abertura é que proporcionaria “[...] maior competição entre provedores de saúde, acarretando, como consequência benéfica, maior oferta de serviços a preços mais baixos” (p. 1133).

¹² A instituição BUPA, que era, nas décadas de 1980 e 1990, a maior operadora de seguros privados no Reino Unido, adquiriu, em 2000, ¼ das ações da CHG (na época, o 4º maior grupo hospitalar privado no país) e assumiu suas operações. No entanto, na análise de concentração de mercado, o órgão responsável (*Competition Commission*) decidiu pelo bloqueio da fusão das instituições (QUINN, 2010).

¹³ Essa lei versa sobre diversos assuntos sem qualquer ligação entre eles, conforme pode ser analisado: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm. No que diz respeito ao tema aqui tratado, ele se encontra no capítulo XVII: Da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde, alterando os artigos 23 e 53-A, da Lei nº 8.080/1990, que vedava a participação do capital estrangeiro nos hospitais e nas ações e pesquisas de planejamento familiar.

Desde então, houve um claro crescimento da procura do capital estrangeiro em investir no setor. De acordo com a UNCTAD (2016), como resultado da mudança legal, o fluxo de investimento estrangeiro direto (IED) para o setor de saúde brasileiro cresceu de US\$ 16 milhões, em 2014, para US\$ 1,3 bilhão, em 2015, o que representou um aumento de 0,02% para 2,00% do total de IEDs no país¹⁴. Esses investimentos teriam gerado mais de 70 fusões e aquisições no setor, envolvendo tanto hospitais como conglomerados financeiros, principalmente na forma de fundos de *private equity* estrangeiros (APEX BRASIL, 2017).

Mais uma vez, a norte-americana UnitedHealth se destaca: somente entre os anos de 2015 e 2016, o conglomerado adquiriu hospitais como o Pasteur (RJ); Pró-Cardíaco Hospital (RJ); Samaritano Botafogo Hospital (RJ); Samaritano Higienópolis Hospital (SP); Vitória Analia Franco Hospital (SP); Paulistano (SP); TotalCor (SP); Promater (Natal); Santa Joana (Recife); Monte Klinikum (Fortaleza)¹⁵. No final de 2017, a UnitedHealth já possuía 34 hospitais no Brasil¹⁶ (KOIKE, 2018).

Com relação aos fundos de investimento, em 2015, a gestadora de *private equity* americana Carlyle e o fundo soberano de Cingapura (GIC) se tornaram acionistas majoritários da Rede D'Or, adquirindo 12,3% e 26,8% do controle da rede, respectivamente (REDE D'OR, 2015). Como a Rede D'Or possui 37 hospitais e 35 centros oncológicos pelo Brasil, isso possibilitou uma ampliação importante da participação do capital financeiro estrangeiro no setor de saúde.

2. Mercantilização explícita no financiamento

Na Europa, até a década de 1970, o seguro privado de saúde era predominantemente organizado na forma de seguradoras mútuas: instituições geridas por representantes dos próprios trabalhadores e sem fins lucrativos. No entanto, a partir dos anos 1980, seguradoras privadas e fundos de pensão ingressaram no setor, na França e no Reino Unido. No caso francês, as *mutuelles*, que geriam todos os seguros privados no começo dos anos 1980, correspondiam, em 2014, a pouco mais de 53% (com participação das seguradoras de 27,4% e dos fundos de pensão de 19,3%, ambos em ritmo de expansão)¹⁷ (DREES, 2015). A mesma tendência pode ser observada no Reino Unido. Enquanto na década de 1980, as seguradoras mútuas possuíam mais de 80% do mercado – com destaque para a British United Provident Association (BUPA), que tinha quase 60% do mercado –, nos anos 1990, seguradoras privadas entraram no mercado, inclusive mediante aquisição de

¹⁴ De acordo com a UNCTAD (2016), no mesmo período, o total de IEDs retraiu de US\$ 73 para US\$ 65 bilhões.

¹⁵ Toda a rede hospitalar da UnitedHealth no Brasil conforma um braço do grupo chamado Américas Serviços Médicos, que pode ser consultado em: <https://www.boasvindasamericas.com/>.

¹⁶ Dentre estes, 13 hospitais que atendem somente usuários do plano de saúde Amil e 21 hospitais que atendem também pacientes de outros convênios de saúde (KOIKE, 2018).

¹⁷ “Todas as empresas [francesas] de seguro (cerca de 150) são regidas pela autoridade e pela supervisão do Diretório Financeiro do Ministro de Economia e Finanças” (DAIN e JANOWITZER, 2006, p. 43).

seguradoras mútuas (como a compra da PPP Healthcare, segunda maior seguradora no final da década de 1990, pela Axa). Com isso, em 2000, metade do mercado já era de seguradoras privadas lucrativas (KEEN et al, 2001).

Na França, o aumento dos mecanismos de co-pagamento induziu à ampliação do seguro privado complementar¹⁸. Em 1980, 72% da população francesa possuía seguro complementar a fim de cobrir os gastos com co-pagamentos; em 1995, a proporção era de 85%. Em 2003, o governo criou um mecanismo de isenção do co-pagamento para a população mais pobre. Com isso, entre 1995 e 2013, a população com seguro complementar passou de 85% para 95% (TABUTEAU, 2013). Na Alemanha e no Reino Unido, a parcela da população com seguro privado é muito menor do que no caso francês, tendo em vista os objetivos diferentes da obtenção do seguro. Em ambos os países, houve um forte aumento da população com seguro privado ao longo da década de 1980, com relativa estabilidade nos anos 1990 e 2000.

Ao longo da década de 1980, o setor de seguros privados cresceu no Reino Unido, ampliando a parcela da população com seguro privado de 6,4% (1980) para 11,7% (1990). Esse aumento decorreu de vários fatores: crescente asfixia de recursos ao setor público, gerando maior espaço para o privado; crescimento da visão dos indivíduos enquanto “consumidores” demandando maior escolha; aumento da classe média com acesso facilitado pelo empregador a seguros privados; incentivo do governo, que introduziu isenções fiscais para empresas que pagassem seguros privados para trabalhadores com renda anual de até £8.500 ao ano; maior liberdade dos médicos atuarem no setor privado, impulsionando-os a estimular seus pacientes a pagarem, principalmente, quando precisassem de cirurgias eletivas. Por sua vez, ao longo da década de 1990, a proporção da população com seguro privado manteve-se estagnada – o mesmo ocorrendo na década de 2000, até com pequeno decréscimo, sendo de 10,4% em 2008 (KLEIN, 2001; OHE, 2013).

No sistema alemão, o seguro privado é principalmente substituto, ou seja, aqueles que optam pelo seguro privado não estão vinculados ao seguro social (BÖCKMANN, 2009). Entre 1975 e 2012, a parcela da população plenamente coberta pelo seguro privado ampliou-se de 6,9% (4,2 milhões) para 11% (9 milhões). Esta elevação está relacionada tanto à incorporação da Alemanha Oriental ao sistema, a partir de 1990, quanto a variações nas taxas de contribuição – para solteiros, com salários elevados e sem problemas de saúde, a contribuição era, muitas vezes, mais baixa nas Caixas privadas do que nas estatutárias. Por outro lado, os 11% da população com seguro privado é um percentual

¹⁸ Os seguros de saúde privados podem ter papéis bem distintos em cada país, como ocorre no caso dos três países estudados. Eles podem ser substitutos (como na Alemanha, em que a população com maior renda pode optar pela adoção do seguro social ou privado); complementares (como na França, em que o seguro privado financia os custos não cobertos pela Seguridade Social, e em menor proporção no caso alemão) ou suplementares (em que cobre cuidados não fornecidos pelo setor público ou a fim de acessar leitos privados, evitando filas, como ocorre no Reino Unido) (DAIN e JANOWITZER, 2006).

relativamente estável, desde os anos 1990. De forma geral, afora os funcionários públicos (que são cerca de metade dos segurados privados), apenas os solteiros ou casais sem filhos com alta renda adotam esse mecanismo, dado que, enquanto o seguro público cobre automaticamente todos os membros da família, sem custo adicional, o seguro privado cobra um adicional por dependente. Além disso, o seguro privado pode não aceitar a adesão de pessoas com problemas de saúde prévios. Nesse sentido, desenvolveu-se ao longo do tempo uma “seleção” dos pacientes dos seguros privados, que se concentram entre os jovens ricos e saudáveis (BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Nos três sistemas de saúde europeus analisados, podemos destacar que a relativa ampliação dos mecanismos de seguro privado de saúde impulsionou a presença de seguradoras privadas com fins lucrativos, indicando não só a ampliação de financiamento privado nos sistemas, mas também a maior participação de instituições de caráter lucrativo, ou seja, no sentido mercantilizante identificado neste estudo.

No caso brasileiro, a presença dos seguros privados de saúde manteve-se após a criação do SUS em 1988, com expansão vinculada aos benefícios do mercado formal de trabalho. Assim, entre setembro de 2006 e de 2014, o percentual da população brasileira com plano privado de saúde cresceu de 19,7% para 25,9% (ANS, 2016). O crescimento esteve diretamente relacionado com o crescimento da geração de emprego no mercado formal de trabalho – assim como, sua retração, em setembro de 2015 (25,7%) e de 2016 (24,9%). Ainda que o próprio governo atual (2018) mantenha um discurso de que o crescimento da parcela da população que possui plano privado de saúde diminui a proporção de pessoas que depende exclusivamente do SUS, com a prestação de serviços podendo se focar nos mais necessitados, na prática o que se observa é uma redução na pressão por maiores investimentos no sistema, que passa a enfrentar maiores, e não menores, dificuldades de financiamento frente à demanda existente.

3. Mercantilização implícita na prestação de serviços

As premissas de mercado, pautadas na precificação dos serviços e nos princípios de concorrência, se introjetaram dentro das instituições públicas, permeadas pela crescente adoção dos novos modelos de gestão (“*new public management*”). A inspiração surgiu nos Estados Unidos, mas passou, a partir da década de 1980, a influenciar a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo – embora, é claro, com intensidades bastante distintas.

Dentre as diversas mudanças realizadas, destacamos a ampliação da autonomia de gestão nas instituições públicas; a contratação direta do setor privado, para “consultoria” sobre a gestão e organização hospitalar, sempre tendo como pauta o aumento da eficiência (na Alemanha); a separação entre o financiamento e a provisão dos serviços de saúde, processo atrelado à ideia de ampliar a

concorrência entre seguradoras (nos sistemas bismarckianos) e entre provedores de serviço (nos três países), como a realizada no Reino Unido, no início dos anos 1990, na perspectiva de que isso poderia reduzir os custos e aumentar a eficiência (MAARSE, 2006; ANDRÉ e HERMANN, 2009).

Uma das características da nova gestão pública é a grande disseminação de contratos, com intuito de acordar as relações entre gestores e provedores de serviço, explicitando metas a serem cumpridas. Este movimento representou, de um lado, aumento dos custos do sistema (tendo em vista a necessidade de uma grande rede de trabalhadores administrativos para fazer e acompanhar os contratos), e de outro lado, a definição de metas quantitativas, muitas vezes questionáveis enquanto prioridades dos sistemas de saúde. Em termos das características dos contratos, as especificidades dos sistemas dificultariam a especificação e monitoramento de critérios de qualidade: ou não seriam plenamente contemplados ou seriam de difícil verificação (ALLEN, 2013).

O aumento de custos relacionado à maior ênfase na gestão é verificável no caso britânico. Os gastos administrativos do NHS aumentaram de 5% para 12%, entre 1986 e 1995, com maior contratação de gestores com formação em administração e economia, mas sem experiência na área da saúde (POLLOCK, 2005). Nos primeiros anos do governo Blair, em que houve um grande aumento no aporte de recursos para o sistema, com ampliação na contratação de todos os profissionais envolvidos com o NHS, a categoria com maior ampliação de profissionais foi na gerência: entre 1997 e 2005, houve um aumento de quase 78% no quadro de gestores do sistema¹⁹.

A tendência da gestão, antes realizada por médicos e profissionais da saúde, ser assumida por “administradores profissionais” é identificável não só no Reino Unido, mas também na França e na Alemanha: “os principais responsáveis pela regulação dos sistemas de proteção à doença (os administradores das unidades de saúde na Inglaterra, o pessoal das caixas na Alemanha, os altos funcionários na França...), de forma crescente, fizeram um curso no campo da economia e da gestão” (HASSENTEUFEL et al, 2001, p. 37).

O novo modelo de gestão foi amplamente incorporado no setor hospitalar, a fim de diminuir os custos setoriais. O objetivo era reduzir o tempo de internação dos pacientes e, com isso, os gastos diários. As mudanças de gestão, conjugadas com a incorporação de novas tecnologias e reformas psiquiátricas, viabilizaram a redução na quantidade de leitos hospitalares. Esse processo permitiu que, mesmo com menos leitos, houvesse mais internações, porém com menor tempo de permanência. A redução de leitos ocorreu principalmente por meio do fechamento de diversos pequenos hospitais e da concentração em instituições de maior porte. Com isso, a quantidade de leitos caiu, entre 1980 e

¹⁹ Esta tendência se modificou a partir de 2003, com aumento maior de recursos para contratação de médicos (generalistas e especialistas) e enfermeiros. Entre 2003 e 2013, considerando somente a Inglaterra, a maior expansão foi de médicos generalistas, com aumento de 48%, seguido dos clínicos gerais (20,6%). Neste período, os gestores administrativos aumentaram apenas 2,3% (FANG e HARKER, 2014).

2007, de 897 para 526, para cada 100.000 habitantes, na média da União Europeia (SCHULTEN e BÖHLKE, 2012).

O novo modelo de gestão também modificou de forma profunda a alocação de recursos dentro dos sistemas de saúde. As alterações iniciaram-se com a premissa de reduzir os custos, com a imposição de tetos orçamentários aos hospitais, na Alemanha e na França. Posteriormente, esta lógica foi suplantada pela implementação de contratos com cláusulas de produtividade, sob a influência norte-americana dos princípios da “medicina baseada em evidências” (*evidence-based medicine*²⁰), no qual as escolhas de tratamentos de saúde passavam pela premissa de avaliar os métodos mais eficientes. Na prática, este processo desembocou na adoção do pagamento por DRG. Finalmente, esta lógica passou a atingir, ainda que de forma embrionária, os cuidados ambulatoriais (MAARSE, 2006; TABUTEAU, 2013).

O processo acima descrito inicia-se já no final da década de 1970. Os sistemas de remuneração dos hospitais, que eram realizados com base nas diárias de utilização (*per diem fees*), por tetos orçamentários, limitando os gastos máximos hospitalares, como ocorria desde a constituição do NHS britânico. O Reino Unido adotou, após as reformas de 1991, a necessidade de os hospitais conseguirem contratos juntos aos compradores dos sistemas (os clínicos gerais e as autoridades locais), não possuindo mais garantias, *a priori*, de financiamento de seus serviços (POLLOCK, 2005).

Isto significa dizer que, no processo de reformas dos sistemas de saúde, no que tange ao financiamento dos hospitais, estes foram submetidos tanto a restrições predefinidas de recursos, como à necessidade de “gerarem” diretamente seu próprio recurso. Em todos os casos, isto representou um processo de delegação crescente de responsabilidade individual para cada hospital, uma mercantilização do acesso aos recursos para as instituições hospitalares.

As mudanças mais profundas ocorreram a partir da década de 1990. Como os tetos orçamentários não foram capazes de reduzir o ritmo de expansão dos gastos hospitalares, ampliou-se o debate para adoção de instrumentos mais eficazes. É neste contexto que diversos países europeus passam a estudar o método norte-americano do *Diagnosis Related Group* (DRG), que consiste na definição de uma classificação padrão dos custos do tratamento de diferentes tipos de problemas de saúde, com o pagamento aos hospitais sendo realizado com base nos tratamentos de fato realizados, na lógica de pagamento por desempenho – amplamente conhecido pela expressão em inglês, “*pay for performance*”.

No Brasil, o DRG não é um método difundido de remuneração hospitalar no SUS. Ainda que alguns trabalhos apontem a relevância do uso desse instrumento a fim de analisar o perfil de

²⁰ As técnicas de avaliação na forma de *evidence-based medicine* começaram nos Estados Unidos na década de 1970, por meio de testes clínicos randomizados (TABUTEAU, 2013).

assistência hospitalar no Brasil e a produtividade das instituições nacionais (NORONHA et al, 2004; SERUFO FILHO, 2014) e que mostrem as experiências de algumas cidades ou regiões no Brasil em adotar esse tipo de mecanismo (DALMATI et al, 2010), não há clareza sobre os possíveis impactos em sua adoção no SUS como um todo. De qualquer forma, cabe apontar as limitações e/ou preocupações envolvidas na adoção desse tipo de mecanismo em países em que sua difusão foi relevante, como na Alemanha, na França e no Reino Unido.

O DRG pauta-se na definição de tarifas nacionais, com o estabelecimento de um preço uniforme para um mesmo procedimento, forçando as instituições a ampliarem sua eficiência, dado que só recebem o valor definido na tabela nacional e teriam que se diferenciar pela maior eficiência e qualidade (MAARSE, 2006). Isto significa, na verdade, que o “pagamento por desempenho” seria um pagamento pela quantidade de procedimentos realizados de cada categoria.

Nos três países estudados, a adoção do DRG foi apresentada como uma forma de ampliar a eficiência dos gastos com saúde. Ainda que os ritmos e processo de adoção tenham sido distintos, em 2010, o mecanismo de pagamento aos hospitais via DRG já era responsável por 60% de toda receita hospitalar, na Inglaterra, e 80% na França e na Alemanha.

Além do pagamento hospitalar, a remuneração dos médicos passou a incorporar mecanismos de **pagamento por desempenho**. A premissa era que, ao vincular o pagamento com o desempenho atingido, ter-se-ia um sistema mais eficiente. Além disso, seria possível suplantando os problemas de “incentivo” derivados das formas de remuneração presentes nos sistemas de saúde até então. Até o início dos anos 2000, predominava, para os médicos ambulatoriais, o pagamento por ato médico na Alemanha e na França e por capitação no Reino Unido.

A Inglaterra foi precursora na associação entre a remuneração dos médicos e o estabelecimento de parâmetros de “resultado” a serem cumpridos, com o estabelecimento, em 2002, de 146 indicadores. Cada meta plenamente cumprida (com taxas que variam de 50% a 90% dos pacientes) geraria um ganho. A partir de 2010, esse mecanismo foi ampliado para o sistema nacional, denominado *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN) (EIJKENAAR, 2012; DA SILVA, 2012).

Tanto na Alemanha quanto na França, este tipo de remuneração começou a ser adotada em 2009. No caso alemão, a remuneração médica passou a ser determinada por três fatores: quantidade de pacientes atendidos, ponderada por uma taxa de morbidade; serviços individuais, como imunização e cirurgias ambulatoriais; e um recurso vinculado ao atendimento de emergências, como epidemias (EIJKENAAR, 2012; BUSSE; BLÜMEL, 2014). Na França, o governo estabeleceu inicialmente diversos objetivos, centrados em dois eixos: “rastreamento e doenças crônicas” e “otimização das prescrições” (DA SILVA, 2012; TABUTEAU, 2014). Ainda que a remuneração

variável ainda corresponda a uma parcela pequena dos médicos alemães e franceses (menos de 10%), o mecanismo já compõe a remuneração de quase todos os profissionais dos sistemas públicos.

Em termos de mercantilização implícita na prestação de serviços, destacamos os riscos envolvidos na adoção do DRG enquanto remuneração hospitalar. Na Europa, as pesquisas sobre o impacto da adoção do DRG ainda são bastante incipientes, tendo em vista o curto período em que o mecanismo se encontra em vigor nos diversos países. Ainda assim, algumas preocupações já podem ser apontadas. As primeiras pesquisas sobre o caso inglês indicam um aumento nos custos administrativos associados à implementação do mecanismo de DRG – cerca de £ 100 mil por instituição.

Além da preocupação com os impactos financeiros, os mecanismos de pagamento por procedimento, ao homogeneizar o pagamento realizado aos hospitais, seria incapaz de apreender que um mesmo cuidado pode ser realizado em circunstâncias muito distintas (a colocação de uma prótese pela primeira vez, em comparação com a substituição de uma já existente), assim como não teria como incorporar no valor as condições socioeconômicas prévias dos pacientes, que podem afetar a quantidade de dias necessários de tratamento, assim como de possíveis complicações. Nesse sentido, o risco de seleção de pacientes teria se tornado mais intenso (MAARSE; NORMAND, 2009; MAYS et al, 2011).

4. Mercantilização implícita no financiamento

Em termos de mercantilização implícita no financiamento, destaca-se uma reflexão sobre o uso de parcerias público-privada (PPPs). O Reino Unido se destaca neste caso, tendo instituído as PPPs em 1992. A realização das parcerias público-privadas (PPPs) foi gestada por meio da criação do PFI (*Private Finance Initiative*), enquanto mecanismo de financiamento na construção dos hospitais públicos – formulado em 1992 e implementado a partir de 1997. O argumento a favor da proposta era de que o Tesouro público não era capaz de atender todas as demandas de investimento existentes no setor de saúde. O uso de recursos privados viabilizaria a ampliação da infraestrutura, transferindo riscos e, vide a maior “agilidade” da iniciativa privada, permitindo uma redução nos custos de construção. Logo no início da implementação do modelo de PFI, o setor hospitalar foi priorizado para sua adoção, com a criação, por parte do Ministério da Saúde, de um específico departamento responsável, com representantes também do Tesouro Nacional (HERMANN, 2010; EUROPEAN COMMISSION, 2013).

Os contratos via PFI previam que os investidores privados seriam responsáveis pelo desenho, operação, financiamento e construção da infraestrutura pública. Normalmente, formava-se um *Special Purpose Vehicle*, composto por bancos, construtora, gestoras, entre outros. No caso do PFI,

cabia depois, à autoridade pública, pagar uma taxa de 12% a 20% do rendimento anual para o consórcio envolvido, em contratos que durariam, a princípio, 25 anos. Esta taxa deveria cobrir os custos que estiveram envolvidos na construção e manutenção do hospital, assim como possíveis serviços prestados, como os de limpeza – juntamente ao financiamento privado, o PFI envolveu ampliação da terceirização de serviços hospitalares, principalmente os auxiliares. Entre 1997 e 2013, foram assinados 118 projetos de financiamento via PFI, o que correspondeu a 90% dos investimentos em infraestrutura hospitalar no país (com envolvimento de grandes corporações privadas, como Balfour Beatty, Tarmac, Jarvis e Siemens) e somando £11,6 bilhões²¹ (POLLOCK, 2005; HERMANN, 2010; EUROPEAN COMMISSION, 2013).

As PPPs britânicas envolveram questionamentos sobre a real transferência de riscos para o capital privado, levando-se em consideração a forma de cálculo da construção e o longo período de duração dos contratos. Os custos teriam, ao invés de reduzir, se ampliado. Isto porque o setor privado tomava empréstimos a um custo maior do que o setor público; os dividendos a serem pagos pelos hospitais eram elevados; e novos custos surgiram, normalmente subdimensionados, de monitoramento dos contratos. Somente os custos com advogados e contadores chegaram a ser de £1 a £4 milhões por projeto, ou até 8% do total dos custos do hospital. Os custos de construção foram, assim, mais elevados do que o esperado, aumentando a taxa de pagamento posterior pelo setor público e o tempo de duração dos contratos (que aumentou de 25 para 30 e até 40 anos). Além disso, os custos elevados fizeram com que o tamanho dos hospitais fosse reduzido, junto como o número de leitos e o orçamento para salários. Sendo assim, apesar de a construção de novos hospitais ter sido realizada, o número de leitos no NHS continuou diminuindo, o *turn-over* de pessoal nos hospitais e a contribuição para redução das filas de espera é questionável (JANSEN-FERREIRA, 2016).

No caso brasileiro, em 2004, mediante a Lei 11.079/2004, foi definido um novo regime de contratação de serviços de infra-estrutura pública, por meio de parcerias público-privado (BARBOSA & MALIK, 2015). A partir de então, projetos no formato de PPPs para a construção de hospitais, unidades básicas de saúde (UBS) e centros de diagnóstico se difundiram pelo Brasil. O crescimento desse tipo de contrato explicita diversos problemas de mapeamento de custos; levantamento dos possíveis benefícios das parcerias; transferência de responsabilidade última para o setor público (PECI & SOBRAL, 2007; CARRERA, 2012; BARBOSA & MALIK, 2015).

²¹ O primeiro hospital geral construído por meio do PFI foi o Cumberland Infirmary, em Carlisle, Cumberland (inaugurado em 2000) e o primeiro hospital universitário foi o Norfolk and Norwich University Hospital, em Norwich, East Anglia (inaugurado em 2001) (EUROPEAN COMMISSION, 2013).

IV. Considerações finais

Este artigo não teve como intuito esgotar a apresentação de todos os mecanismos de mercado que ampliaram sua presença nestes sistemas de saúde nas três últimas décadas, mas, sim, permitir uma visão ampla do processo, explicitando que a mercantilização afetou todos os campos dos sistemas de saúde.

A análise sobre as reformas realizadas nos países europeus permitiu não só um maior conhecimento sobre a tendência à mercantilização dos sistemas de saúde, mas possibilitou uma sistematização de um método de análise a partir da qual pudemos desenhar quatro formas de mercantilização: explícita e implícita na prestação de serviços e explícita e implícita no financiamento.

A partir desse arcabouço, buscamos uma primeira aproximação de como essa estrutura de análise pode ser aplicada a fim de analisar as mudanças que tem ocorrido no SUS, destacando como a mercantilização em suas quatro formas também estão presentes no sistema de saúde brasileiro. Considerando-se que se trata de um sistema de formação inacabada, que nunca atingiu plenamente seus objetivos de universalidade e integralidade de acesso, torna-se ainda mais pungente compreender como a mercantilização pode limitar ainda mais as possibilidades de que o sistema nacional atinja seus objetivos constitucionais, o que explicita a relevância do tema proposto.

V. Referências Bibliográficas

ALLEN, P. An economic analysis of the limits of market based reforms in the English NHS. **BMC Health Services Research**, vol. 13, suplemento 1, May 2013.

ANDRÉ, C. État providence et compromiss institutionnalisés: des origines a la crise contemporaine. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 144-152, 2002.

ANDRÉ, C.; HERMANN, C. Privatisation and Marketisation of Health Care Systems in Europe. In: HERMANN, C., HUFFSCHMID, J. (ed.) **Privatization against the European Social Model: a critique of European policies and proposal for alternatives**. Hampshire: Palgrave MacMillan, 2009.

ANGELI, F.; MAARSE, H. Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations. Elsevier: **Health Policy**, nº 105, p. 265-272, 2012.

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). **Dados Gerais**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> Acesso em: outubro de 2016.

APEX BRASIL. Investment Guide to Brazil 2017. Disponível em: <http://www.apexbrasil.com.br/uploads/Investment%20Guide%202017.pdf> Acesso em: 08/03/2018.

BARBOSA, A. P.; MALIK, A. M. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, 49(5), p. 1143-1165, set./out. 2015.

BATIFOULIER, P. **Capital santé**. Quand le patient devient client. Paris: La Découverte, 2014.

BÖCKMANN, R. The Private Health Insurance: Demarketization of a Welfare Market? **German Policy Studies**, vol. 5, nº 1, p. 119-140, 2009.

BOYER, R. **Teoria da Regulação**: os fundamentos. Tradução Paulo Cohen – São Paulo: Estação Liberdade, 2009.

BOYER, R. Comment concilier solidarité sociale et efficacité économique à l'ère de la globalisation: une lecture régulationniste. In: PAUGAM, S. (Org.). **Repenser la solidarité**. L'apport des sciences sociales. Paris: PUF, p. 887-914, 2007.

BOYER, R. **Les analyses historiques comparatives du changement institutionnel**: quels enseignements pour la théorie de la régulation? L'année de la régulation nº 7, Presses de Sciences Po, p. 167-203, 2003.

BOYER, R. **The capital labor relations in OECD countries**: from the fordist "Golden Age" to contrasted national trajectories. Paris: CEPREMAP, nº 9020, 1990.

BRASIL. **Lei 13.097/2015**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm Acesso em: 05/03/2018.

BRASIL. **Lei 9.565/1998**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm Acesso em: 05/03/2018.

BUSSE, R; BLÜMEL, M. Germany: Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies Series: **Health Systems in Transition**, 16 (2), 2014.

CARRERA, M. B. M. Parceria público-privada na saúde no Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. São Paulo: Dissertação (mestrado) - **Escola de Administração de Empresas de São Paulo**. Fundação Getúlio Vargas, 2012.

DA SILVA, N. Motivation et performance des médecins. Un examen de la littérature empirique. In: Petrella F, Richez-Batesti N. (ed.) **Travail, organisations et politiques publiques**: quelle soutenabilité à l'heure de la mondialisation? p. 571-587, 2012.

DAIN, S.; JANOWITZER, R. A saúde complementar no contexto dos sistemas de saúde: a experiência internacional. In: BIASOTO, G.; SILVA, P. L.B.; DAIN, S. (org.). **Regulação do Setor Saúde nas Americas**: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Opas Organização Panamericana da Saúde, 13ª edição, v. 1, p. 17-70, 2006.

DALMATI, C.F.; SANTOS, F.S.; ROCHA, J.S.Y.; ALVES, D.; PISA, I.T. Revisão da Metodologia de Classificação de Internações Hospitalares - Diagnosis Related Groups(DRGs) Aplicada no Brasil. **Anais do XII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Porto de Galinhas, PE, 18-22 de outubro de 2010.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **La Nouvelle Raison du monde**. Essai sur la société néolibérale. Paris: La Découverte, 2009.

DAVIDSON, S.; EVANS, P. **NHS Unlimited? Who runs our GP services**. A study of GP services put out to tender by the NHS. Brighton: NHS Support Federation, 2010.

DRAIBE, S. O sistema brasileiro de proteção social: o legado desenvolvimentista e a agenda recentes de reformas. Unicamp: NEPP, Caderno de Pesquisa nº 32, 1998.

DREES. **Les dépenses de santé en 2014**. Études et résultats, nº 935, sept. 2015. Disponível em: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_935_depenses_de_sante.pdf Acesso em: 28/09/2015.

EIJKENAAR, F. Pay for Performance in Health Care: an international overview of initiatives. **Medical Care Research and Review**, 69 (3): 251-276, 2012.

ESPING-ANDERSEN, G. **O futuro do welfare State na nova ordem mundial**. Lua Nova, nº 35, p. 73-111, 1995.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. The comparison of policy regimes: an introduction. In: REIN, M.; ESPING-ANDERSEN, G.; RAINWATER, L. (eds.) **Stagnation and renewal in social policy: the rise and fall of policy regimes**. Armonk: Sharpe, p. 3-13, 1987.

EUROPEAN COMMISSION. **Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnership in Health Care Delivery across EU**. Annexes. European Union, 2013.

FANG, R.; HARKER, R. NHS workforce statistics. **House of Commons**, Standard Note nº 2223, 2014. Disponível em: www.parliament.uk/briefing-papers/SN02223.pdf Acesso em: 11/10/2015.

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, v. 40, n. 107, p. 1127-1137, out-dez. 2015.

HASSENTEUFEL, P. Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politique. **Socio-logos**: Revue de l'association française de sociologie [online], nº 9, mars 2014.

HASSENTEUFEL, P. et al La libéralisation des systèmes de protection maladie européens: Convergence, européanisation et adaptations nationales. **Revue politique européenne**, nº 2, p. 29-48, 2001.

HERMANN, C. The Marketisation of Health Care in Europe. **Socialist Register**, vol. 46, p. 125-144, 2010.

HINCHINGBROOKE. **Hinchingbrooke Health Care NHS Trust – Transition update. Mar. 2015**. Disponível em: <http://www.hinchingbrooke.nhs.uk/hinchingbrooke-health-care-nhs-trust-transition-update/> Acesso em: 09/05/2015.

- JANSEN-FERREIRA, M. R. **Tendências e contratendências de mercantilização**: as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. 2016. Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2016.
- KEEN, J.; LIGHT, D.; MAYS, N. **Public-Private Relations in Health Care**. Londres: King's Fund, 2001.
- KERSTENETZKY, C. L. **O estado do bem-estar social na idade da razão**: A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- KLEIN, R. **The new politics of the NHS**. Prentice Hall, Pearson Education, 4ª edição, 2001.
- KOIKE, B. UnitedHealth investe mais R\$ 10 bilhões. **Valor Econômico**. Disponível em: <http://www.valor.com.br/empresas/5373585/unitedhealth-investe-mais-r-10-bilhoes> Acesso em: 10/03/2018.
- LETHBRIDGE, J. **A global review of the expansion of multinational healthcare companies**. University of Greenwich: Public Services International Research Unit (PSIRU), 2007.
- LISTER, J. **If these companies are the answer...** the privatisation of management at Hinchingsbrooke Hospital. UNISON Eastern Region, Apr. 2010.
- MAARSE, H. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 31, nº 5, p. 981-1014, Oct. 2006.
- MAARSE, H.; NORMAND, C. Market competition in European hospital care. In: Rechel B. et al. **Investing in hospitals of the future**. Observatory Studies Series 16, p. 103-122, 2009.
- MARQUES, R.M. A proteção social e as transformações do mundo do trabalho: garantias de mínimos ou direito de cidadania? In: GERSHMAN, S.; VIANNA, M.L.W. (org.). **A Miragem da Pós Modernidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 213-227, 1997.
- MAYS, N; DIXON, A; JONES, L. (ed.). Understanding New Labour's market reforms of the English NHS. Londres: **The Kings Fund**, 2011.
- MAYS, N.; DIXON, A.; JONES, L. (ed.). **Understanding New Labour's market reforms of the English NHS**. Londres: The Kings Fund, 2011.
- NORONHA, M.F.; POTELO, M.C.; LEBRÃO, M.L. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, vol.20, suppl.2, 2004.
- OFFE, C. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- OHE (Office of Health Economics). **OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics**. Segunda Edição, 2013. Disponível em: <http://www.ohe.org/publications/article/ohe-guide-to-uk-health-and-health-care-statistics-135.cfm> Acesso em: 19/03/2014.
- OLIVEIRA, F. O Surgimento do Antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. In: OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

PALIER, B. Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France: une perspective institutionnelle comparée. **Pouvoirs**, n° 82, p. 147-166, 1997.

PECI, A.; SOBRAL, F. Parcerias Público-Privadas: análise comparativa das experiências britânica e brasileira. **Cadernos EBAPE**, vol. 5, n° 2, jun. 2007.

POLANYI, K. **A grande transformação**. As origens de nossa época. Rio de Janeiro: Elsevier, 2ª edição, 2012.

POLLOCK, A. M. **NHS pic: the privatization of our health care**. United Kingdom: Verso, 2005.

QUINN, I. Pioneering pathfinder consortium signs referral management deal with UnitedHealth. **Pulse**, Dec. 2010.

REDE D'OR. **Sustainability Report 2015**. Disponível em: http://www.rededor.com.br/images/userfiles/file/REDE%20D'OR/SUSTENTABILIDADE/2_RDSL%20Sustainability%20Report%202015.pdf Acesso em: 03/03/2018.

SAILLARD, Y. Le salaire indirect. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 153-161, 2002.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. Adm. Empres.**, vol. 48, n° 3, p. 64-80, jul. / set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a07v48n3> Acesso em: outubro de 2016.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, Seção Perspectivas, 31(4): 663-666, abr. 2015.

SCHULTEN, T.; BÖHLKE, N. Hospitals under Growing Pressure from Marketisation and Privatisation. In: HERMANN, C.; FLECKER, J. **Privatization of Public Services: Impacts for Employment, Working Conditions, and Service Quality in Europe**. Routledge: Taylor & Francis Group, p. 89-108, 2012.

SERUFO FILHO, J.C. Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia da *diagnosis related groups*. 145.710 altas em 116 hospitais. Belo Horizonte: **Universidade Federal de Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado, 2014.

TABUTEAU, D. **Démocratie Sanitaire: Les nouveaux défis de la politique de santé**. Paris: Odile Jacob; 2013.

THÉRET, B. État, finances publiques et régulation. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 189-197, 2002.

UNCTAD. **World Investment Report 2016**. Investor nationality: policy challenges. Disponível em: http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2016_en.pdf Acesso em: outubro de 2016.

UNITED HEALTH GROUP. **UnitedHealth Group, Amil to combine**. Disponível em: <http://www.unitedhealthgroup.com/newsroom/articles/news/unitedhealth%20group/2012/1008amil.aspx> Acesso em: 05/03/2018.