

<b>Título do capítulo</b>	CAPÍTULO 6 – CAPITAL ESTRANGEIRO NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEUS RISCOS
<b>Autores(as)</b>	Edvaldo Batista de Sá Elizabeth Diniz Barros Roberta da Silva Vieira Andrea Barreto de Paiva
<b>DOI</b>	
<b>Título do livro</b>	BRASIL EM DESENVOLVIMENTO 2015: ESTADO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS
<b>Organizadores(as)</b>	André de Mello e Souza Pedro Miranda
<b>Volume</b>	
<b>Série</b>	Brasil: o Estado de uma nação
<b>Cidade</b>	Brasília
<b>Editora</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
<b>Ano</b>	2015
<b>Edição</b>	
<b>ISBN</b>	978-85-7811-264-6
<b>DOI</b>	

## CAPITAL ESTRANGEIRO NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEUS RISCOS

Edvaldo Batista de Sá<sup>1</sup>  
Elizabeth Diniz Barros<sup>2</sup>  
Roberta da Silva Vieira<sup>3</sup>  
Andrea Barreto de Paiva<sup>4</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

A abertura do setor saúde à entrada de capital estrangeiro a partir da emissão da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, permite a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde de forma indiscriminada, sem atender às exigências previstas no texto constitucional. Tal medida tem suscitado intenso debate entre os que a repudiam e os que a defendem.

Entre os que a repudiam, o pressuposto defendido é a visão da saúde como direito social garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988). O processo de transformar o risco de ficar doente em responsabilidade da sociedade, do coletivo, e de obrigação do Estado, consagrado na Constituição, pode ser considerado como o longo movimento de desmercantilização do acesso à saúde. Assim, a saúde como direito social implica a existência de um sistema comprometido com a aplicação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, garantindo à população as condições de acesso a serviços de saúde quando se fizerem necessários. Por isso mesmo, a opção pelo sistema universal, que pressupõe uma ética distributiva que colide com interesses mercadológicos, tem uma expressão eminentemente política, não comportando apenas discussões acerca dos impactos econômicos. Desta forma, as entidades/atores contrários à liberalização do capital estrangeiro na saúde veem esta medida como contrária ao que determina a CF/1988 e com capacidade de fragilizar o sistema público de saúde, na medida em que corrobora o processo de mercantilização da assistência à saúde.

Por outro lado, entre os que defendem a abertura da assistência à saúde ao capital estrangeiro, a discussão gira em torno dos impactos na esfera econômica, bem como suas consequências para o sistema de saúde. Entre os potenciais benefícios estão a disponibilização de novos recursos para investimento, o aumento do emprego e a incorporação e a disseminação de novas tecnologias. Quanto aos riscos, destacam-se a segmentação do sistema de saúde, que gera preocupações a respeito da equidade no acesso aos serviços de saúde, e o fenômeno conhecido como *brain drain*, que contribui para a escassez de profissionais de saúde no setor público.

1. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

2. Pesquisadora do Programa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

3. Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

4. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Este capítulo trata do entendimento da saúde como direito social e dos principais riscos, para o sistema de saúde, da abertura ao capital estrangeiro. Assim, a seção 2 apresenta o conflito existente entre as duas visões opostas: saúde como direito social *versus* saúde como mercadoria. Na seção 3, serão apresentadas uma descrição do comércio internacional de serviços de saúde e uma análise das fontes de dados disponíveis. A seção 4 analisa os riscos para o sistema de saúde, em termos de equidade e de *brain drain* interno, que podem resultar da abertura ao capital estrangeiro, apontando também algumas oportunidades. Por fim, as considerações finais sugerem como a regulação do setor de saúde pode ajudar a mitigar os potenciais riscos dessa abertura.

## 2 SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL *VERSUS* SAÚDE COMO MERCADORIA

### 2.1 Raízes do debate

A liberalização do capital estrangeiro no setor saúde reavivou um debate existente há longa data e que envolve opção de caráter político entre diferentes concepções da saúde.

A manifestação mais clara das visões conflitantes emergiu nos anos 1970. Considerada, em meados da década de 1970, apenas pelo ângulo da crise fiscal, a “crise do *Welfare State*” surgiu no debate como uma consequência direta do crescimento dos gastos sociais, que seria resultante de um hiato estrutural entre receita e despesa exacerbado pela apropriação política do poder estatal para fins particulares, por interesses corporativos de diversas ordens (O’Connor, 1973).

Embora fossem consequência inicial das importantes transformações sociais que se instalavam na esfera econômica, com mudanças na estrutura e nos processos produtivos, bem como nas relações comerciais e financeiras entre os países – características hoje resumidas na expressão globalização –, as crises dos sistemas de proteção social se transformaram, à época, no foco de atenção do discurso político e ideológico sob inspiração neoliberal que ganhou hegemonia na década de 1970. Esse ideário neoliberal propugnava o Estado mínimo e a substituição da regulação estatal pela regulação do mercado. A restrição de direitos sociais, colocada como indispensável para a recuperação do equilíbrio fiscal, era o foco. O *thatcherismo* e a *reagannomics* são referências indispensáveis deste movimento. Mas o impasse não era financeiro, era político, já alertavam alguns analistas. O crescimento do gasto era real, mas as soluções financeiras teóricas que existiam implicavam a modificação do equilíbrio social preexistente entre os indivíduos, as categorias sociais e os agentes econômicos. Existia a crise do *Welfare State*, mas o que a expressão “impasse financeiro” designava, de fato, era o grau de socialização tolerável de um certo número de bens e serviços (Rosanvallon, 1981). Não eram considerados, nas propostas neoliberais, os limites do mercado como instância racional capaz de ordenar as relações e a convivência social. E, como lembrou Lechner (1993), “o mercado, por si só, não gera e nem sustenta uma ordem social e, pelo contrário, pressupõe uma política de ordenação (...). Dado o caráter social do mercado, o ordenamento da sociedade é um fator determinante da eficiência macroeconômica. Se queremos ser fiadores de uma economia social de mercado, então devemos considerar o fortalecimento da ordem social”. Isso explica porque, na busca de novos mecanismos que atendessem a esse requisito, os países centrais incluíram alternativas tais como a regulação de determinadas atividades, a garantia de renda mínima, a realização de programas de readaptação

e formação de mão de obra e o apoio ao desenvolvimento de novas áreas de trabalho. Essas diferentes percepções do processo de transformação da economia capitalista a partir dos anos 1970 foram sumarizadas por Draibe (1994), que identificou dois momentos: no primeiro, este processo foi percebido apenas por seus aspectos negativos, particularmente a falência econômica e o esgotamento do padrão de regulação; no segundo, demarcado do final dos anos 1980 em diante, foram mais bem percebidas

as dimensões da transformação produtiva e os desafios à elevação da competitividade das economias apoiadas nas novas tecnologias e na globalização financeira. (...) A ideologia neoliberal que acompanhou e praticamente “dirigiu” este movimento também teve ênfases e variações nas suas teses e propostas segundo aqueles momentos (Draibe, 1994).

Na área da saúde, os esforços se voltaram para tornar hegemônica uma nova ética que não a da cidadania e do direito social, mas baseada no mercado, sob a qual a quantidade e a qualidade dos serviços poderiam variar com o poder aquisitivo dos indivíduos, considerados consumidores que poderiam exercer sua livre escolha. Contudo, as reformas dos sistemas de proteção social não eliminaram o direito social, e preservaram a desmercantilização do acesso à saúde, mesmo quando admitiram a mercantilização da oferta/provisão.

A aplicação dessas regras de mercado ao acesso e à provisão de serviços de saúde desconsiderava a especificidade da “mercadoria” saúde: como as doenças são eventos inesperados, não há a possibilidade de o usuário escolher o momento de consumir esse serviço nem o de conhecer o tipo de serviço que precisa consumir (ou existem apenas excepcionalmente). As assimetrias de informação implicam que a utilização estará sempre à mercê da autoridade de um médico para determinar o que e quanto deve ser consumido. Ademais, as opções de escolha serão sempre muito limitadas, já que não se justifica a proliferação de unidades apenas para viabilizar a competitividade (Castro, 1995). Em resumo,

o que o cidadão pode julgar é a qualidade do atendimento recebido – frequentemente associada e julgada por dimensões pouco tangíveis, relacionadas com a forma da relação médico-paciente – e a resolutividade do mesmo, que são variáveis só perceptíveis *a posteriori*. Não existe ‘autonomia’ ou “soberania” do “consumidor” na escolha do produto e de suas quantidades, não existe a possibilidade de postergar o consumo. A rigor, na saúde não existe “consumidor”. Existem cidadãos que precisam ter asseguradas as condições para o exercício de um direito social (Barros, 1998, p. 75).

O que distingue a saúde como direito social é a existência de um sistema comprometido com a aplicação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que assegure a todos os cidadãos as condições de acesso ao cuidado sempre que se fizer necessário, independente de renda ou condição de trabalho. Em suma, a existência de exercício do direito social. Pressupõe a existência de uma ética distributiva que colide com a que preside os mercados e que não pode prescindir da presença do Estado para que universalidade e equidade se tornem realidade. Por essas razões, a opção entre um sistema universal e um sistema baseado na lógica mercantil caracteriza escolha eminentemente política, não se apoiando apenas em argumentos econômicos.

Essas dimensões do caráter político das políticas públicas estiveram presentes no debate sobre rumos que se desenvolveu ao longo da década de 1990. Dois autores se destacaram.

Bobbio (1995), ao defender a legitimidade da persistência da díade esquerda-direita, destacou a postura sobre a liberdade e sobre a desigualdade, que ele considera valores supremos, como critérios distintivos centrais: “(...) de um lado estão aqueles que consideram que os homens são mais iguais que desiguais, de outro os que consideram que são mais desiguais que iguais” (Bobbio, 1995, p.105). Mas, para ele, ser de esquerda não significa proclamar o princípio da “igualdade de todos em tudo”; e, distinguindo as desigualdades “naturais” das “sociais”, apontou o reconhecimento dos direitos sociais como uma das conquistas mais clamorosas dos movimentos que se identificaram com a esquerda.

Giddens (1996) entendia que as ideologias da direita e da esquerda não mais ofereciam respostas satisfatórias para o mundo, mas, ao formular alternativa de organização do Estado adequada à ordem social globalizada, que ele denominou “pós-tradicional” (proposta que se tornou conhecida como a “terceira via”), apontou a necessidade de se repensar o *Welfare State* a partir de uma revisão de seus fundamentos e da formulação de políticas gerativas – que seriam políticas não só emancipatórias, que são políticas de oportunidades de vida, mas políticas de estilo de vida e que se preocupassem com a reconstrução de solidariedade social – e considerou que a transformação necessária não desresponsabiliza o Estado, apenas o leva a atuar de modo diferente, ressaltando que o Estado certamente terá que continuar a fornecer uma ampla série de bens e serviços.

## 2.2 O contexto interno

A elaboração do texto constitucional brasileiro ocorreu nesse período de expansão das teses neoliberais e de pressões para redução do papel do Estado (Estado mínimo). Mas, internamente, o país vivia um momento de ebulição, com as promessas da redemocratização ao final da ditadura militar e movimentos sociais ativos e articulados. Os interesses contraditórios foram forçados a acordos e composições.

As características do sistema de saúde pré-Constituição de 1988 eram a desigualdade de acesso, a centralização na esfera federal, a separação da responsabilidade institucional entre as ações curativas e as de prevenção e promoção da saúde, a concentração dos recursos nas atividades destinadas à assistência médico-hospitalar e a disputa orçamentária com a previdência social. Havia uma razoável convicção dos sujeitos sociais – em diferentes setores e por diferentes razões – de que eram necessárias mudanças profundas no sistema. Eram interesses divergentes, mas tangidos ao movimento de defesa de uma profunda reforma na saúde pela crise previdenciária de então.

O setor privado lucrativo, o mercado, se expandira fortemente apoiado pelo Estado, que assegurara o financiamento com elevados subsídios para a construção de estabelecimentos, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974, mas era dependente da crescente clientela da previdência social, por meio das contratações de serviços de assistência médico-hospitalar pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Essa expansão ocorreu de forma espacialmente concentrada, nas áreas de maior dinamismo econômico, onde se agrupavam os trabalhadores do mercado formal de trabalho,

fortalecendo as desigualdades regionais. A saúde supletiva era ainda incipiente e se destinava à cobertura desse mesmo contingente, que não excedia a 25% da população.

O Movimento da Reforma Sanitária obteve importante unidade em torno de pressupostos básicos acerca do que deveria ser a bandeira de luta dos movimentos sociais relacionados com a saúde durante a Constituinte: o reconhecimento da universalidade do direito à saúde; a exigibilidade da ação do Estado para garanti-lo; a constituição de um sistema público que assegurasse o acesso universal e operasse sob os princípios da integralidade da atenção, da equidade e da descentralização; e a afirmação da multideterminação das condições de saúde, com a consequente exigência de um olhar multidisciplinar para compreendê-la e da ação multissetorial para assegurá-la. No contexto da luta pela redemocratização e fortalecimento da cidadania, tornou-se um ator relevante, e essas teses se converteram nos dispositivos constitucionais que integram o Título VIII – *Da Ordem Social*, Seção II – *Da Saúde*, Arts. 196 a 200: a sociedade brasileira escolheu reconhecer a saúde como direito social.

A incorporação ao texto constitucional dos princípios fundamentais da reforma sanitária, no bojo do amplo movimento de reconhecimento formal de direitos sociais que marcou a redemocratização do país, foi uma primeira conquista. Seguiram-se a ela os esforços pela regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), culminando com a aprovação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a recuperação, alguns meses depois, de dispositivos vetados na Lei Orgânica, com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A formulação das características do SUS, regulado por esses dispositivos legais, foi inspirada nos modelos britânico, canadense e italiano de organização de sistemas universais.

O texto constitucional estabelece, ainda, serem “de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Art.197). Mas, embora seu Art. 199 reitere que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, limita, em seu § 3º, a participação de capital externo ao estabelecer que “é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei”. A regulamentação dos dispositivos constitucionais, por meio da Lei nº 8.080/1990, reitera essa determinação e estabelece, em seu Art. 23, § 1º, que “em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados”.

Após essas conquistas, predominaram novos atores, que, embora não tivessem integrado os momentos iniciais da formulação da proposta de reforma, eram figuras de fundamental importância no processo de implantação do SUS: secretários de Saúde, membros de conselhos de saúde e outras lideranças emergentes. Mas, simultaneamente, o movimento “anti-SUS” se solidificou. Desde o início da década de 1990, segmentos diversos de interesse corporativo se articularam com o objetivo de preservar duas das características do sistema anterior: a centralização e a fragmentação entre a assistência hospitalar e as demais ações de saúde. A resistência

à extinção do Inamps foi um momento esclarecedor desse movimento: contra essa medida uniram-se segmentos da corporação “inampsiana” e o setor privado prestador de serviços ao SUS. Não é difícil entender a aliança. Noutra frente, se fortaleceram segmentos privados de planos e seguros de saúde, a denominada “saúde supletiva”, apoiada nas demandas sindicais que buscavam preservar a assistência médico-hospitalar diferenciada antes ofertada pelo Inamps, e que foram suporte para a expansão dos planos de saúde empresariais. Ao longo das duas décadas e meia de implantação do SUS, essa tensão entre interesses divergentes esteve presente e se manifestou, de um lado, no subfinanciamento do sistema público e, de outro, na crescente destinação de recursos públicos para o setor privado lucrativo, sob a forma de isenções e subsídios fiscais, nos quais se apoiou fortemente a saúde supletiva para sua expansão.

A esse ambiente de carência de recursos somou-se a complexidade da definição de um desenho institucional que se adequasse às profundas diferenças e desigualdades regionais em termos de recursos físicos e financeiros disponíveis, associadas a capacidades de governo muito díspares, elementos que marcaram a trajetória de implantação do sistema. A expansão do acesso, superando a cobertura em saúde como direito trabalhista, restrita aos segmentos inseridos no mercado formal de trabalho e a construção de condições equitativas de oferta de ações e serviços de saúde, para oferecer a integralidade da atenção, enfrentar a concentração espacial e as desigualdades regionais preexistentes, foram e, em certa medida continuam sendo, os grandes desafios para implantação do sistema público universal.

### 2.3 Contexto do debate atual/argumentos

No bojo da globalização e das transformações recentes do sistema capitalista, marcadas pela financeirização, a expansão recente do comércio internacional de serviços alcançou o setor saúde. Segundo Célio Hiratuka (Fiocruz, 2015), grandes grupos financeiros internacionais vêm investindo na saúde, subsidiando a capitalização de diversos processos de fusões empresariais, que levam ao surgimento de grandes grupos multinacionais de saúde e, conseqüentemente, à concentração do mercado global.

A sequência de crises vividas pelos países centrais, associadas ao capitalismo financeiro, e as respostas a estas direcionadas pela austeridade e compressão do gasto público, ampliaram as desigualdades, reduziram os gastos sociais e atingiram fortemente os sistemas de saúde, que, por suas características econômicas (custos crescentes), passou a ser alvo de privatizações e transferência de incumbências estatais para o mercado de serviços de saúde. Curiosamente, os Estados Unidos, o país que melhor exemplifica a adoção, na saúde, dos princípios mercantis (e que detinha expressiva proporção da população sem cobertura (*uninsured*), começa nesse período a debater e aprova lei (Affordable Care Act – ACA) que fortalece a regulação sobre o mercado e busca alcançar acesso universal, ainda que sob a forma de subsídios estatais. As fortes resistências às medidas propostas resultaram em embate entre republicanos e democratas e trouxeram à tona novamente a discussão sobre o caráter do mercado de saúde.

Paul Krugman, em sua coluna no *The New York Times*, em 2011, indaga: “quando é que se tornou aceitável se referir a pacientes de serviços médicos como ‘consumidores?’”. Segue argumentando:

A medicina com “escolha do consumidor” fracassou onde quer que tenha sido tentada. Para mencionar apenas o mais relevante exemplo, o programa Medicare Advantage – originalmente conhecido como Medicare + Choice – deveria supostamente gerar economia de custos. Mas terminou custando substancialmente mais que o Medicare em seu formato tradicional. Os Estados Unidos têm o sistema de saúde com mais “influência do consumidor” entre os países avançados, e também apresentam os custos de saúde mais altos, por larga margem, sem que isso resulte em serviços de saúde de qualidade superior à encontrada em outros países nos quais o sistema tem custo mais baixo.

E conclui:

A ideia de que tudo isso possa ser reduzido a dinheiro – de que os médicos são apenas “fornecedores” vendendo serviços aos “consumidores” de serviços de saúde... Bem, ela me deixa doente. E o fato de que esse tipo de linguagem se tenha tornado dominante é um sinal de que existe algo de muito errado não apenas nessa discussão, mas sim nos valores de nossa sociedade (Krugman, 2011).

Na Espanha, o movimento envolveu a passagem para a gestão privada dos serviços públicos, sob a forma de concessão. A queda do gasto público em saúde, a partir de 2008, resultou em redução das equipes médicas e de enfermagem, baixa atualização de equipamentos e longas filas de espera. Sob o argumento de que, em um momento de crise como o atual, o setor privado aporta fundamentalmente financiamento, assistência à saúde de qualidade e eficiente a preço razoável e abertura a inovações, diversas comunidades autônomas espanholas vêm adotando crescentemente essa alternativa. O governo da comunidade autônoma de Madri enfrentou ampla contestação social ao decidir privatizar a gestão da atenção à saúde. Após longo processo, com diversos reveses judiciais, abandonou o projeto de privatização. A forte presença de fundos financeiros na propriedade das empresas que assumem essas funções vem despertando preocupação quanto à possibilidade de choque entre estratégias de investimento de curto e de longo prazo e sobre as consequências das tendências à concentração dessas empresas sobre a capacidade de regulação e de negociação das administrações públicas. Especialistas têm alertado para a necessidade de um marco regulatório nacional que defina os interesses públicos que devem ser preservados e assegure critérios e limites para a relação entre a gestão pública e as empresas privadas. A regulação foi preocupação do governo da Indonésia, que definiu previamente as áreas em que o investimento estrangeiro poderia contribuir para fortalecer o setor saúde, como, por exemplo, alas privadas dos hospitais de ensino e de atenção terciária, e prioridade para cidades que não Jacarta, a capital.

A pressão pela mudança e redução do papel do Estado na garantia do direito à saúde também pode ser identificada em teses defendidas pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), relacionadas à *universal health care* (UHC) – ou cobertura universal em saúde (CUS) –, que preconizam mudanças no financiamento e governança dos sistemas de saúde, com abordagens de partilha de risco e pré-pagamento obrigatório (*pooling*). Essas propostas conferem à ação estatal caráter regulatório e compensatório no plano assistencial, colocando o Estado como provedor preferencial de ações destinadas a pessoas de baixa renda e populações rurais. Também atinge o princípio da integralidade ao preconizar que a oferta de

serviços básicos deva ser a prioridade e que serviços de alto custo não devam ser incluídos entre os de alta prioridade.

No quadro brasileiro, políticas públicas recentes, ao igualarem (e reduzirem) mobilidade social ascendente à ampliação da capacidade de consumo, forneceram elementos para fragilizar as bases de legitimação dos direitos sociais inscritos na Constituição de 1988. A “opinião pública” aderiu gradualmente à crença de que obter bens similares – eletrodomésticos, carro e planos de saúde, ainda que de qualidade muito inferior – aos que se inscrevem no padrão de consumo da elite significaria alcançar também posição similar no tecido social; mesmo que esse movimento possa constituir uma estratégia na busca por reconhecimento, foi apropriado por grupos de interesses particulares para legitimar suas ações. A política econômica direcionada pela busca de ajuste fiscal e austeridade no gasto público reduziu a disponibilidade de recursos destinados ao SUS. Simultaneamente, cresceu também no Congresso Nacional o peso das bancadas conservadoras, eleitas com o apoio financeiro de empresas privadas. Diversas medidas legislativas aprovadas trataram de reduzir ou dificultar o acesso a benefícios voltados ao exercício de direitos sociais assegurados pela CF/1988. A mercantilização (ou o aumento da mercantilização) da saúde se beneficiou desse quadro.

O primeiro ato destinado a fragilizar o SUS a ser destacado se refere ao seu financiamento – Emenda Constitucional (EC) nº 86, promulgada em 17 de março de 2015. Essa norma é oriunda da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 358, de 13 de novembro de 2013, originalmente destinada a alterar os Arts. 165 e 166 do texto constitucional, estabelecendo limite de 1,02% da receita corrente líquida (RCL) realizada no ano anterior para a aprovação de emendas individuais dos parlamentares (dos quais 50% deverão ser destinados à saúde) e tornando obrigatória sua execução orçamentária e financeira, e que recebeu no Congresso, com apoio da base do governo, acréscimo destinado a mudar o Art. 198 no que tange ao aporte ao SUS pela União. Define que o governo federal deverá destinar a ações e serviços públicos de saúde 15% da RCL, percentual este a ser alcançado ao final de cinco anos. Estabelece também que as despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (*royalties*), “serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do Art. 198 da Constituição Federal” (piso federal). Pela Lei nº 12.858, aprovada em 2013, esses recursos não deveriam integrar a comprovação do cumprimento do piso do financiamento federal da saúde, seriam recursos adicionais.

A inclusão de matéria relativa ao financiamento da saúde na PEC nº 358/2013 significou o descarte da Proposta de Lei de Iniciativa Popular (PLP) nº 321/2013, originária da luta das entidades e movimentos sociais que integram o Movimento Saúde+10 e que estabelecia que o governo federal deveria alocar 10% da receita corrente bruta (RCB), o que corresponderia a 18,7% da RCL. Em resumo, a proposta aprovada aporta recursos insuficientes e torna difícil qualquer modificação futura, pois alterações constitucionais requerem maioria de três quintos no Congresso (Piola, 2015).

Em tramitação no Congresso, outra PEC – nº 451/2014, de autoria do deputado Eduardo Cunha –, a qual visa alterar o Art. 7º da Constituição, inserindo novo inciso, o XXXV, pelo qual todos os empregadores brasileiros ficariam obrigados a garantir aos seus empregados

serviços de assistência à saúde. Os trabalhadores domésticos, também terão direito ao plano de saúde, mas, nesse caso, o benefício dependerá ainda de regulamentação em lei. Essa medida, afrontando os dispositivos relacionados à seguridade social, reduzirá, se aprovada, o direito social universal a direito trabalhista, descaracterizará a saúde como um dever do Estado, além de inverter o dispositivo constitucional de 1988, transformando o SUS em sistema complementar. E, certamente, aprofundará a segmentação do sistema de saúde e ampliará o campo de atuação das operadoras dos planos e seguros de saúde.

A lei que obteve maior repercussão foi a que permite a participação direta ou indireta, inclusive o controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde. A Câmara dos Deputados aprovou, em 17 de dezembro de 2014, a Medida Provisória (MP) nº 656, que se converteu, após sanção presidencial, na Lei nº 13.097/2015. Essa norma pretendia, originariamente, reajustar a tabela do imposto de renda (IR) e tratar de outras matérias tributárias e financeiras. Foi, porém, transformada numa colcha de retalhos, com a inclusão de 32 temas alheios à proposta original, inclusive matérias que não têm qualquer conexão com tributação, entre as quais a irrestrita autorização para o capital estrangeiro investir no setor da saúde (Santos, [s.d.]). Com este último objetivo é modificado o Art. 23 da Lei nº 8.080/1990, suprimindo-se seu § 1º e incluindo-se o Art. 53-A. A nova redação está contida no capítulo XVII da Lei nº 13.097/2015, transcrito no box 1.

BOX 1

Lei nº 13.097/2015

CAPÍTULO XVII

DA ABERTURA AO CAPITAL ESTRANGEIRO NA OFERTA DE SERVIÇOS À SAÚDE

Art. 142. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica.” (NR)

“Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.”

Fonte: Brasil (2015).  
Elaboração dos autores.

As reações aos dispositivos foram imediatas. De um lado, o apoio irrestrito de representantes do setor privado; do outro, atuando contra a medida, entidades integrantes do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS), do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, da Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários (CNTU) e da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), dentre outras.

Trata-se de embate que já existe há alguns anos e que já havia produzido a liberação em 2008, à luz da Lei nº 9.656/1998, da entrada de capital externo para o segmento da saúde supletiva. Em sequência a essa interpretação da lei, observou-se um intenso processo de concentração das empresas operadoras de planos de saúde, sugerindo estratégia de expansão planejada, culminado por sua aquisição por empresas de capital externo. A Amil, adquirida pelo UnitedHealth Group Inc., comprou, entre 2007 e 2012, treze empresas provedoras de serviços de assistência médica, diagnóstico ou serviços, indicando a ocorrência também de forte verticalização.<sup>5</sup>

As vozes contrárias buscaram se fazer ouvir. Lígia Bahia (2015), por exemplo, alertou que, tomadas em seu conjunto, as leis recentemente aprovadas terão efeito nocivo: “o racionamento no acesso e os problemas de qualidade no SUS serão intensificados, e os fundos estrangeiros poderão ser utilizados para a expansão da oferta privada. Em nome da governabilidade, tradicionais defensores dos princípios do SUS se pronunciaram favoráveis a alterações no SUS constitucional que sequer foram apresentadas aos fóruns de debate da área”.

As entidades que integram o MRS tentaram sensibilizar a presidenta da República e emitiram nota solicitando o veto ao Art. 142. Os argumentos centrais utilizados foram a inconstitucionalidade – uma vez que a Constituição define que é vetada a participação do capital externo, exceto em situações que uma lei deverá especificar (Por que..., 2014), e a lei aprovada abre indiscriminadamente e suprime o § 1º, que determinava a obrigatoriedade de autorização do órgão de direção nacional do SUS, a cujo controle deveriam também ser submetidas as atividades desenvolvidas e os instrumentos firmados. Em resumo, as empresas estrangeiras e o capital externo na saúde poderão se instalar onde quiserem, para fazer o que quiserem e sequer estarão sujeitas à autorização e fiscalização do SUS. Na Advocacia-Geral da União (AGU), também houve emissão de parecer técnico recomendando o veto.<sup>6</sup> Contudo, não houve veto. As entidades, na sequência, apresentaram requerimentos de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) ao procurador-geral da República e ao Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, que ainda se encontram em tramitação.

Mas, para além da dimensão jurídica, a oposição à medida se baseia em outros argumentos, associados aos riscos que a presença de empresas financeiras na área da saúde pode significar, dadas as incongruências entre os objetivos que movem as ações do setor financeiro – lucro e rentabilidade no curto prazo – e os que movem as ações do setor saúde; a rapidez com que se movem os capitais para outras áreas sempre que vislumbram oportunidades mais rentáveis; a

5. Terminal Bloomberg.

6. Parecer nº 004/2015/Denor/CGU/AGU, sobre o Projeto de Lei de Conversão nº 18, de 2014 (MP nº 656/2014).

possibilidade de que haja um *brain drain* interno que torne ainda mais difícil ao setor público constituir equipes para prover atenção à saúde da população; o fortalecimento da dimensão mercantil; o aumento da concentração de capital no setor; e a fragilização da capacidade de gestão e de regulação do sistema público. Para Scheffer (2015, p. 664), a abertura foi realizada “sem que suas consequências tenham sido discutidas abertamente pelo Congresso Nacional ou avaliadas pelos fóruns de participação social”. E aduz:

trata-se de vitória da coalizão de interesses de hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de planos de saúde que, além da defesa do capital estrangeiro, pretendem ampliar a participação do setor privado na formulação das políticas nacionais de saúde, expandir o mercado privado e obter desonerações e reduções tributárias (Scheffer, 2015, p. 664).

Sobre as consequências do fortalecimento do movimento de privatização do sistema de saúde no país, Carvalho (2015) é enfático:

Se privatizada, a saúde deixa de ser um bem público como direito social para se tornar mais um produto inserido na dinâmica capitalista global. (...) Os objetivos da saúde deixariam de ser a conquista do bem viver, quando, então, passariam a ser geridos, não no enfrentamento das causas de necessidades vinculadas aos limites e fragilidades das pessoas, mas a partir de adequações dos recursos determinados pela imagem-objeto do lucro. Em resumo, a necessidade de saúde transformar-se-ia, pois, em demanda de saúde, por conseguinte, em mercadoria a ser pesada, vendida e comprada por quem, evidentemente, tivesse dinheiro.

Além disso, a busca por lucro, que se traduz em busca por mercado consumidor, tende a aumentar o grau de concentração do setor, uma vez que a verticalização da oferta e a busca por novos negócios e mercados passam a ser estratégias adotadas para a consecução desse objetivo.<sup>7</sup> Segundo Santos e Passos (2010), a formação destes grandes oligopólios de prestação de serviços de saúde e bem-estar diminui o poder de barganha dos consumidores de serviços de saúde.

A ampliação do poder do segmento privado junto às instituições públicas pode, ainda, ser ilustrada pela forte presença deste segmento entre os doadores para as campanhas eleitorais. Estudo realizado por Mário Scheffer e Lígia Bahia (*apud* Éboli, 2015) apontou crescimento de 263%, entre 2010 e 2014, nos valores doados por empresas de planos e seguros de saúde para campanhas eleitorais – segundo levantamento do jornal *Folha de S.Paulo*, entre 2002 e 2006, as doações dessas empresas atingiram valor 757% superior. Houve apoio financeiro de quarenta empresas do setor para 131 candidatos, muitos dos quais integrantes da chamada “bancada da saúde” no Congresso Nacional. Os pesquisadores lembram ainda que tem sido comum a nomeação de técnicos oriundos dos planos de saúde para cargos estratégicos na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão responsável pela regulação do setor. E que a “bancada da saúde suplementar” aprovou na Câmara e no Senado, por exemplo, a medida provisória que tratou das cobranças relativas ao Programa de Integração Social (PIS) e à Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins), além de permitir mudança na base sobre a qual os tributos incidem.

7. Para mais detalhes, ver Fiocruz (2015).

Os planos foram beneficiados com uma redução de 80% na base de cálculo. É provável que essa prática explique também a apresentação dos projetos e aprovação das leis supracitadas, bem como a rejeição do pedido de instauração de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigação de denúncias de irregularidades nos serviços de planos de saúde pelo presidente da Câmara ocorrida em março de 2015.

As vozes de apoio obtiveram imediatamente largo espaço nos meios de comunicação de massa, que passaram a noticiar o interesse de grandes grupos em buscar negócios no país. O presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Francisco Balestrin,<sup>8</sup> comemorou a aprovação, afirmando que esse fato coroa uma luta de doze anos e “corrige a assimetria de direitos, pois até então, os planos de saúde podiam captar recursos para promover sua verticalização, enquanto os hospitais não podiam receber capital estrangeiro”, além disso, que “o Brasil se abre à modernidade, o hospital ganha mais processos de gestão, governança corporativa e conhecimento em tecnologia da informação, por exemplo”. Segundo ele, embora existam no país 2,6 mil hospitais privados com fins lucrativos que poderiam ser alvo de aquisições e fusões, apenas um grupo de cerca de 150 hospitais deverão contar com aporte de investidores externos.

Para Medici (2015), a lei “representa um avanço em um dispositivo legal que nos últimos 27 anos tem obstaculizado a melhoria da assistência médica e o desenvolvimento científico e tecnológico da saúde no Brasil”. Segundo ele, “uma pesquisa realizada pela Amcham [Câmara Americana de Comércio] Brasil em 2013, a partir de uma missão comercial e logística que levou grandes empresas brasileiras para os Estados Unidos, indicava que 7% dos interesses em expansão comercial de empresas norte-americanas no Brasil se situava nas áreas de saúde, fármacos e biotecnologia”, ressaltando que a crise econômica no Brasil pode limitar esse investimento no curto prazo. Ainda sob seu ponto de vista,

o tema da negação da participação de capitais externos no investimento de saúde no Brasil era anacrônico e não se coadunava com o crescimento de uma economia mundial cada vez mais globalizada. Para o governo, parece ser útil poder contar com capitais externos nos mercados público e privado em saúde, ainda que para efeitos de contratação de serviços do SUS, a regra do Ministério da Saúde tem sido a de manter, em primeiro lugar, a contratação dos provedores públicos, depois dos filantrópicos e somente depois dos privados lucrativos. Mas o capital estrangeiro poderá entrar tanto na modalidade filantrópica como na de privado lucrativo.

Entretanto, mesmo os que apoiam a entrada de capital externo na saúde manifestam preocupação com a ausência de regulação desse processo. Para Balestrin, da ANAHP,<sup>9</sup> é preciso tomar alguns cuidados, pois esses novos investidores precisam saber das peculiaridades do setor de saúde, que não pode ser tratado apenas como mais uma área de investimento. Para ele, “a operação empresarial é igual, porém a operação técnica trata da vida humana. Quem vem, [os investidores] tem de entender que nem sempre o primado financeiro pode suplantar o primado técnico”. Em debate realizado antes da aprovação da lei pela revista do Conselho

8. Para mais informações, ver Uma... (2015).

9. Para mais informações, ver Uma... (2015).

Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp),<sup>10</sup> Florisval Meinão, presidente da Associação Paulista de Medicina, afirmou:

existe dificuldade de acesso ao sistema de saúde, tanto público quanto privado, sendo marcante a deficiência em leitos hospitalares e unidades de emergência, com grande prejuízo à sociedade. A entrada de caixa externo pode ser uma solução, porém são necessárias regras bem definidas, pois trata-se de atividade estratégica, que exigirá um grande controle por parte da sociedade.

### **3 O COMÉRCIO INTERNACIONAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OS RISCOS DA ABERTURA AO CAPITAL ESTRANGEIRO**

#### **3.1 O comércio internacional de serviços de saúde**

A Organização Mundial do Comércio (OMC) classifica os serviços de saúde comercializáveis de acordo com seus modos de produção. Esses quatro modos de produção definem a presença territorial do prestador e a do consumidor no momento do fornecimento do serviço, bem como o tipo de movimentação dos fatores de produção (capital e trabalho) no processo de comercialização (Santos e Passos, 2010).

O modo 1, ou comércio transfronteiriço de serviços, é uma forma de redução de custos por meio da compra remota de serviços relacionados à área de saúde de países com salários menores e a disponibilização de serviços para áreas remotas. Neste modo, são os serviços que se deslocam (cruzam fronteiras), como o envio de amostras biológicas para processamento em outros países, a telemedicina<sup>11</sup> e a transcrição de prontuários.<sup>12</sup>

O modo 2, conhecido como turismo médico, refere-se ao consumo de assistência à saúde em outros países e é geralmente explicado pela qualidade dos serviços prestados e pelos custos menores.<sup>13</sup> Neste modo, o consumidor desloca-se para o território prestador (ou país exportador). Sendo um dos modos de exportação e importação de serviços de saúde mais antigos, seu fluxo se dava, inicialmente, pela busca de alguns pacientes por tratamentos alternativos. Mais recentemente, a busca por tratamento em outros países tem sido motivada por razões diversas, que envolvem o uso de tecnologias mais modernas e os menores custos quando comparados com os países de origem. Observa-se como mais comum a procura por cirurgias cardíacas e plásticas, assim como tratamentos dentários e de fertilidade. Ehrbeck, Guevara e Mango (2008 *apud* Cattaneo, 2010, p. 116-118), em pesquisa realizada com dados de 49.989 pacientes, listaram as principais motivações que levaram as pessoas a procurarem tratamento fora de seu país. Do total, 40% buscaram tecnologias mais avançadas, 32% tinham por objetivo melhores cuidados da atenção à saúde, 15% desejavam acesso mais rápido ao tratamento necessário, 9% buscaram menores custos para procedimentos necessários e 4% buscaram menores custos para procedimentos discricionários.

10. Para mais detalhes, ver Hospitais... (2013).

11. O fornecimento de consultas, laudos e cirurgia à distância compõe o rol de procedimentos definidos como telemedicina.

12. Empresas das Filipinas fazem a transcrição de prontuários de pacientes americanos com o auxílio de estudantes de medicina que possuem bom comando da língua inglesa.

13. Esses serviços nem sempre se realizam, devido a complicações que podem ocorrer (Miyagi *et al.*, 2012 *apud* Lautier, 2014).

O modo 3, ou a presença comercial, acontece por meio do investimento direto estrangeiro (IDE),<sup>14</sup> quando firmas internacionais possuem interesse em exercer o controle sobre empresas locais ou quando instalam filiais de empresas multinacionais em outro país. Neste modo de produção, quem se desloca é o capital. No setor de serviços de saúde, essa participação estrangeira ocorre por meio do estabelecimento de subsidiárias, *branches*, escritórios representativos, *joint ventures*, parcerias e aquisições de firmas locais.

O modo 4 – ou movimento de profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros – pressupõe o deslocamento destes profissionais residentes em um país para exercer suas atividades em outro e assume as características de um *brain drain* internacional. Índia, Filipinas e Indonésia estão entre os maiores exportadores de profissionais de saúde do mundo, e pressões demográficas e o crescimento de custos em alguns países (geralmente os mais ricos) devem assegurar a demanda por estes profissionais.

É importante ressaltar que cada modo de comércio internacional de serviços de saúde está associado a potenciais oportunidades e riscos para os sistemas de saúde. O quadro 1 resume algumas das principais oportunidades e riscos existentes.

QUADRO 1  
Modos de oferta de serviços e algumas oportunidades e riscos

Modos de oferta	Oportunidades	Riscos
Modo 1: comércio transfronteiriço de serviços (por exemplo: telemedicina, transcrição de prontuários).	Expansão da assistência para áreas desassistidas no país importador (por exemplo, comunidades remotas).	Desvio de recursos de outras áreas da assistência.
Modo 2: consumo de serviços no exterior (turismo médico).	Ganhos em moeda estrangeira para o país exportador.	Desvio de recursos para assistência a estrangeiros e residentes mais afluentes no país exportador.
Modo 3: presença comercial ou investimento direto estrangeiro.	Novos empregos, investimento e acesso a novas tecnologias no país importador.	Desenvolvimento de um sistema de saúde segmentado, com subsistemas com diferenças de acesso e qualidade; e <i>brain drain</i> interno no país importador.
Modo 4: presença de profissionais de saúde.	Ganhos com remessas e capacitação de profissionais de saúde trabalhando no exterior para o país exportador.	Saída de profissionais de saúde, com perda do investimento feito em sua capacitação para o país exportador.

Fonte: Smith, Blouin e Drager (2006).

A literatura sobre as consequências desses fluxos comerciais é escassa e incipiente e reflete a inexistência de registros fidedignos das transações realizadas. Segundo Mortensen (2008), dados do comércio de serviços são limitados e de baixa qualidade quando comparados com os dados do comércio de bens e de produtos agrícolas. Estes, por terem de atravessar barreiras alfandegárias, como o preenchimento de formulários, mostram-se mais bem registrados do que aqueles. Herman (2009) aponta outra razão para a má qualidade do registro das transações de comércio exterior. As trocas comerciais podem ser registradas como uma única transação, a de bens, quando na verdade são entregues como uma cesta, contendo bens e serviços.

14. O IDE representa o aporte financeiro para que uma firma estrangeira se estabeleça no país por meio da participação em uma empresa nacional/local ou pela construção de novas plantas e/ou estabelecimentos.

Nos textos revisados, encontra-se uma variedade de fontes de dados que podem ser utilizadas para dimensionar a magnitude das importações e exportações de serviços em cada um dos quatro modos, mas cada uma com suas limitações.

Herman (2009) utilizou a base de dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para analisar as importações e exportações pelo modo transfronteiriço de serviços de saúde (modo 1) dos países da União Europeia (UE). A principal conclusão é que os dados não são informados de forma regular pelos países europeus, tornando difícil obter informações consolidadas a respeito desse comércio. A alta volatilidade e imprevisibilidade desses fluxos, a elevada variabilidade anual do nível de exportação ou importação e os níveis de exportação e importação insignificantes, representando, em média, menos de 0,01% do produto interno bruto (PIB) desses países e menos de 1% do total de atividade do setor saúde são algumas das conclusões do autor ao analisar os dados.<sup>15</sup>

As explicações para a baixa transação internacional dos serviços de saúde pelo modo 1 são diversas. As barreiras legais, muitas vezes proibindo esse tipo de transação, como o licenciamento e o requerimento de qualificações, são fatores que dificultam o deslanche desse comércio. Agregam-se as diferenças culturais, as condições sociopolíticas (provisão pública *versus* privada), a falta de recursos humanos e as limitações de infraestrutura e tecnologia dos países.

Alguns estudos de caso mostram como a troca de serviços de saúde entre os países pelo modo 1 ainda é bastante incipiente. Um estudo americano,<sup>16</sup> por exemplo, concluiu que 67% das atividades da telerradiologia foram para dentro do país, apesar de esta ser uma das aplicações mais avançadas da tecnologia da informação (TI) no setor. Segundo McLean e Richards (2006), há dois modelos de telerradiologia utilizados no mercado hospitalar americano: o modelo *nighthawk* e o modelo indiano. No primeiro, os países com fusos horários avançados proveem o serviço de telerradiologia no terceiro turno (23h-7h), quando é difícil encontrar recursos humanos locais qualificados. No segundo, os médicos indianos ou de outras nacionalidades certificados pelos Estados Unidos proveem o serviço em companhias baseadas na Índia. Mesmo com esses dois modelos, poucas trocas comerciais são observadas. O modelo indiano possuía somente quinze médicos, em 2005, autorizados a executar a leitura dos exames de imagens. Segundo Levy e Yu (2006), há duas explicações para esse baixo número de médicos. A primeira é que a leitura desses exames não é codificada, mas cheia de casos especiais, baseada nas qualificações, nos anos de treinamento e nas experiências de quem a faz. A segunda razão é que o radiologista, por estar sujeita a forte regulamentação governamental, encontra uma barreira à entrada nesse mercado muito alta. Um radiologista nos Estados Unidos, para ser autorizado a ler exames radiológicos, precisa completar um programa de residência médica no país e ser aprovado em exame nacional feito pelo National Board of Medical Examiners.<sup>17</sup>

15. Alguns países da Europa assinaram acordos formais para dividir os recursos tecnológicos. Por exemplo, o programa eHealth dos países bálticos criou uma infraestrutura transnacional que permite dividir recursos, incluindo a telerradiologia, entre cinco países – Dinamarca, Estônia, Lituânia, Noruega e Suécia.

16. Ebbert *et al.* (2007).

17. Conselho Nacional dos Avaliadores Médicos em tradução livre.

Além disso, os seguros privados de saúde não reembolsam os procedimentos feitos fora dos Estados Unidos. Levy e Yu (2006) concluem que a telerradiologia, e até mesmo a telemedicina, não parece ser um campo fértil para a importação nos serviços de saúde nos Estados Unidos.

Mesmo nos países membros da UE, dotados de ampla infraestrutura tecnológica, a troca por meio de tecnologias da informação e comunicação (TICs) não é representativa. Segundo uma pesquisa conduzida pela Comissão Europeia sobre o uso das TICs pelos *general practitioners* (GPs), apenas 0,7% dos dados dos pacientes foram trocados entre os países membros.

Cattaneo (2010) chama atenção para as oportunidades abertas no modo 1 para os países em desenvolvimento. Um exemplo é o serviço de transcrição de prontuários. As Filipinas vêm se destacando nesse tipo de exportação, impulsionadas, no final da década de 1990, pelas necessidades internas dos Estados Unidos. De forma deliberada, o governo filipino vem promovendo adequações na regulamentação do setor (*e-commerce* e proteção dos dados), assim como o desenvolvimento de infraestrutura de TIC. Além disso, as Filipinas possuem algumas vantagens comparativas. A língua inglesa é disseminada na população, e estudantes de medicina que trabalham em horário parcial fornecem mão de obra qualificada para a transcrição das informações.

Também é incipiente o comércio no modo 2. Utilizando dados da categoria “viagens” relacionados a gastos com saúde do balanço de pagamentos estendido (Ebops),<sup>18</sup> Herman (2009) afirma que, apesar de as direções desses fluxos, quando comparados aos do modo 1, serem mais claras, o comércio representa 1,69%, em média, do produto total no setor saúde para os países da Europa e acontece de forma mais intensa entre os países da UE.

No modo 3, Mortensen (2008) alerta para a subestimação das informações relacionadas à importação e exportação das firmas estrangeiras, que estabelecem parcerias locais; e, segundo o autor, os dados para se analisar a presença comercial das firmas estrangeiras no país devem estar divididos em dois grupos. Primeiro, analisa-se o IDE que vem sendo direcionado para o país em determinado setor. Em segundo lugar, observa-se o fluxo comercial dessas empresas, por meio de uma variedade de indicadores, tais como as exportações e as importações, as vendas, a produção, o número de estabelecimentos e o de emprego. Essas estatísticas são conhecidas como *foreign affiliates trade in services* (Fats), que em tradução livre significa “comércio em serviços das filiais estrangeiras”. Em anos mais recentes, passou-se a estabelecer a necessidade dos países de produzirem tais estatísticas para suprir informações a respeito das motivações da globalização das companhias e de possíveis acordos por meio do General Agreement on Trade in Services (Gats).

Dados confiáveis sobre o volume, a origem e o destino do IDE no setor de serviços de saúde ainda são limitados, uma vez que, na maioria dos países, as estatísticas oficiais não desagregam os setores de atividades relevantes para os serviços de saúde. Fontes alternativas são utilizadas para compreender o fluxo dos investimentos em setores específicos. Podemos citar

18. A Ebops (Extended Balance of Payments Services) é uma classificação estendida do balanço de pagamentos dos países e apresenta de forma mais detalha os gastos de viagens por subcategorias, como os gastos em viagens relacionados à saúde. As estatísticas Ebops estão disponíveis em: <<http://stats.oecd.org/>>.

como fontes o FDI markets, do Financial Times; o terminal de informações da Bloomberg; e Amadeus<sup>19</sup> – uma base de dados de mais de 500 mil empresas localizadas na Europa. Adicionam-se a essas bases os relatórios de consultorias tais como PricewaterhouseCoopers, Deloitte e Bain & Company, bem como as revistas especializadas, como a *Fortune*.

Utilizando o banco de dados Amadeus para mostrar como a presença comercial de firmas estrangeiras se dá na Europa, Herman (2009) conclui que, em média, a participação das empresas estrangeiras no capital do setor privado em serviços de saúde correspondeu a 16,51%. Esse indicador varia entre os subsetores<sup>20</sup> listados pelo autor, sendo menores para as atividades de saúde humana, hospitalares e dentárias, em torno de 10%, e maiores para as atividades veterinárias, 50%, e outras atividades humanas, 34,55%. Para o autor, esse valor é alto quando comparado com os demais modos de comércio em serviços de saúde. Mesmo na ausência de dados para comparação com outros setores da atividade econômica, o autor chama atenção para o alto grau de participação estrangeira na Europa, onde a provisão privada compete com a provisão pública e é restrita na maioria dos países membros.

Ainda segundo Herman (2009), a elevada participação do capital estrangeiro no setor privado de saúde na Europa não ocorre no resto do mundo. Os dados do IDE no setor de serviços de saúde em relação ao total de IDE em serviços mostram uma taxa de 0,02% e 0,01% para os países desenvolvidos e em desenvolvimento, respectivamente. Acrescenta-se o fato de que as empresas provedoras de serviços de saúde não têm presença relevante nos índices das empresas mais internacionalizadas. De acordo com a lista das quinhentas maiores empresas elaborada pela *Fortune* em 2005, as dez maiores companhias do setor de serviços de saúde faziam parte do índice, ocupando posições medianas, e apenas três operavam em múltiplos mercados: UnitedHealth Group, Aetna e Cigna. Herman (2009) conclui que a internacionalização dessas firmas ainda é considerada baixa.

Mais recentemente, a imprensa vem divulgando e chamando atenção para transações internacionais nesse setor. Em 2012, a maior empresa de seguros privados dos Estados Unidos, a UnitedHealth Group, adquiriu 90% da empresa brasileira Amil, uma das maiores operadoras privadas de plano de saúde e provedora de serviços do Brasil. Outro exemplo é o grupo hospitalar Fortis, de origem indiana, que levantou US\$ 400 milhões em fundos internacionais por meio de oferta pública inicial (IPO)<sup>21</sup> na bolsa de valores de Cingapura.

Quanto ao modo 4, segundo Herman (2009), ainda existem muitas dificuldades para harmonização das estatísticas. Por exemplo, a definição do que pode ser considerada migração temporária de profissionais de saúde deveria ser mais restrita. O profissional de saúde que entra em outro país por conta própria não deveria ser contabilizado nesse tipo de troca comercial. O autor lista três situações que deveriam ser consideradas. A primeira delas é quando firmas dos países de origem do profissional estão estabelecidas por meio do modo 3 e necessitam levar

19. Analyse Major Databases from European Sources.

20. Os subsetores elencados pelo autor foram: atividade de saúde humana, atividade hospitalar, atividade de práticas médicas, atividade de práticas dentárias, outras atividades de saúde humana, atividade veterinária e atividade de serviço social.

21. *Initial public offering*.

profissionais do seu país para prover o serviço no país de destino por meio de contrato com o governo importador. A segunda situação acontece quando indivíduos oferecem seus serviços para empresas ou para outros indivíduos no país de destino. Por fim, a terceira situação são os indivíduos que são transferidos de forma temporária para a filial da empresa que opera em outro país.

Os países em desenvolvimento tendem a ser fornecedores para outros países, sendo exportadores líquidos de profissionais de saúde para os países desenvolvidos. Apesar dessa constatação, a direção das exportações é dupla. Ao mesmo tempo que o país exporta mão de obra em saúde, ele também importa. Na Europa, por exemplo, os países membros possuem uma intensa troca entre eles, que tende a crescer por causa das medidas que aboliram as barreiras à movimentação de pessoas e à incorporação recente de outros países à União Europeia. Apesar dessa movimentação, a maioria dos profissionais estrangeiros de saúde origina-se de países que não pertencem à UE.

A escassez de profissionais de saúde em alguns países, assim como políticas ativas de contratação desses profissionais, influencia essas movimentações, o que as torna parte de uma tendência internacional. Dados divulgados pela OCDE (2007) mostram que os Estados Unidos abrigam a metade dos médicos e enfermeiros estrangeiros do mundo, seguidos pela Europa (40%), e o restante fica com a Austrália e o Canadá. No lado da exportação, as enfermeiras filipinas e os médicos indianos representam 15% desse total.

As dificuldades encontradas para obtenção de dados sobre o comércio internacional de serviços de saúde também estão presentes no caso brasileiro. De fato, o que se observa são dados que permitem levantar algumas hipóteses sobre o tamanho das nossas trocas comerciais, tais como a importação e a exportação de serviços de saúde, a quantidade de transações internacionais de fusões e aquisições no mercado de serviços de saúde, o quantitativo de médicos formados no exterior registrados no Conselho Federal de Medicina e o quantitativo de médicos e enfermeiros brasileiros em países da OCDE.<sup>22</sup>

Em 2011, foi estabelecida a necessidade de que transações entre residentes ou domiciliados no país e residentes ou domiciliados no exterior que compreendessem serviços, intangíveis e outras operações que produzissem variações no patrimônio das pessoas físicas, das pessoas jurídicas ou dos entes despersonalizados passassem a ser informadas ao Ministério da Indústria e Comércio Exterior (Mdic) para fins econômico-comerciais. Essas informações estão reunidas no sistema informatizado denominado Sistema Integrado de Comércio Exterior de Serviços, Intangíveis e Outras Operações que Produzam Variações no Patrimônio (Siscoserv).<sup>23</sup> Para os registros das operações, foram estabelecidos dois módulos: o módulo de vendas (exportações brasileiras) e o módulo de aquisições (importações brasileiras). O sistema registra as operações referentes a todos os modos de comércio, exceto a presença comercial de firmas estrangeiras no país, que deveria ser registrada no módulo de aquisições, isto é, o IDE no Brasil não é registrado.

22. Também estão disponíveis dados do balanço de pagamentos (*Manual de Balanço de Pagamentos e Posição Internacional de Investimento – BPM*) sobre os gastos com saúde dos brasileiros no exterior e os gastos dos estrangeiros no Brasil. Além disso, o Banco Central divulga estatísticas consolidadas do IDE por país de origem e por setor de atividade econômica.

23. Para mais detalhes, consultar o site do Mdic: <<http://goo.gl/aC8C6L>>.

A tabela 1 traz o total de importação e o de exportação do capítulo 23 da Norma Brasileira de Serviços (NBS), que diz respeito aos serviços relacionados à saúde humana e de assistência social, incluindo-se nele os serviços de planos privados de assistência à saúde para o ano de 2014.<sup>24</sup> Observa-se que somos superavitários, embora o valor das importações e o das exportações de serviços de saúde com registro no Mdic ainda estejam incompletos.

TABELA 1  
**Exportações e importações de serviços de saúde por produto (NBS)**  
(Em US\$ milhões)

Por classificação NBS de serviços de saúde	Exportações	Importações
1.2301.11.00 – Serviços cirúrgicos	0,11	–
1.2301.14.00 – Serviços cardiológicos	0,03	–
1.2301.19.10 – Serviços de atendimento de urgência	0,07	0,09
1.2301.19.90 – Outros serviços hospitalares	22,51	1,74
1.2301.21.00 – Serviços de clínica médica	1,87	3,55
1.2301.22.00 – Serviços médicos especializados	1,56	3,07
1.2301.23.00 – Serviços odontológicos	0,04	–
1.2301.93.00 – Serviços laboratoriais	1,07	12,66
1.2301.94.00 – Serviços de diagnóstico por imagem	0,83	–
1.2301.99.00 – Outros serviços de saúde humana, exceto os serviços hospitalares	4,59	0,44
1.2302.10.00 – Serviços de consultoria em saúde	0,97	4,26
1.2305.29.90 – Outros serviços de assistência social	–	0,21
1.2306.00.00 – Serviços de planos privados de assistência à saúde	–	0,69
<b>Total</b>	<b>33,65</b>	<b>26,71</b>

Fonte: Siscoserv.  
Elaboração dos autores.

No BPM6<sup>25</sup> divulgado pelo Banco Central, a conta de gasto com viagens relacionadas a tratamentos de saúde (turismo médico) apresentou, nos meses de 2014 e 2015,<sup>26</sup> *deficit* que variou entre R\$ 323 mil e R\$ 2,15 milhões. No acumulado de 2014, o *deficit* das transações de serviços de viagens para tratamentos de saúde foi de R\$ 13,14 milhões.

Interessante notar que a Conta-Satélite de Saúde 2007-2009 (IBGE, 2012) registrou, em 2009, serviço de atendimento hospitalar no total de R\$ 36 milhões em importações e R\$ 70 milhões em exportações. As importações correspondem aos serviços consumidos fora do país por residentes no Brasil e à aquisição de planos de saúde estrangeiros por brasileiros. As exportações referem-se ao consumo de serviços de saúde por cidadãos residentes de outros países em território brasileiro. Isso inclui o turismo médico (IBGE, 2012).

24. Esses dados estão disponíveis no sítio do Mdic: <<http://goo.gl/0AioW2>>.

25. A partir de abril de 2015, o Banco Central do Brasil passou a divulgar as estatísticas do setor externo da economia brasileira em conformidade com a sexta edição do BPM, do Fundo Monetário Internacional.

26. Conforme dados disponibilizados pelo banco de dados do Banco Central: <<http://goo.gl/XQGM2b>>.

Em relação ao modo 4, não estão disponíveis dados de profissionais de saúde estrangeiros no Brasil de forma consolidada. Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2013) divulgaram dados do quantitativo de médicos formados no exterior, o que inclui os brasileiros que estudaram fora do país e os estrangeiros com formação no exterior. Em 2013 existiam 7.284 médicos com formação no exterior, 64,83% eram brasileiros. O segundo maior quantitativo era de bolivianos, com 880 médicos. Os demais eram de 52 nacionalidades diferentes.

Ainda em Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2013), o número de médicos formados no exterior que deram entrada no país teve um aumento significativo durante o período de 2000 a 2005, passando de 201 para 803 novas entradas por ano. A partir de 2011, ano em que houve 238 registros, esse número começou a cair, chegando a 121 registros no ano de 2012. Esse resultado é atribuído ao estabelecimento do Revalida.<sup>27</sup>

Em 2013, em meio à discussão a respeito da falta de médicos no Brasil, o governo federal lançou o programa Mais Médicos,<sup>28</sup> que possuía dois objetivos principais: solucionar o problema de curto prazo da escassez de médicos em áreas remotas ou de periferias das grandes cidades por meio da contratação de médicos estrangeiros e, no longo prazo, criar novas vagas em cursos de medicina existentes e em cursos a serem criados.

No primeiro ano de funcionamento do programa, o governo brasileiro assinou acordo de cooperação, intermediado pela Organização Pan Americana de Saúde (Opas), com o governo cubano para o fornecimento imediato de médicos para ocupação das vagas não preenchidas pelos brasileiros e estrangeiros de outros países. Aproximadamente 13 mil médicos cubanos estão no programa e possuem uma autorização especial, assim como os demais médicos de nacionalidade estrangeira formados no exterior, dada pelo Ministério da Saúde (MS) para atuarem nos estabelecimentos de saúde da atenção básica.

Informações de profissionais de saúde brasileiros atuando no exterior também são escassas. A OCDE (2007) disponibiliza estatísticas consolidadas a esse respeito com dados para o ano de 2000. Elas mostram que apenas 0,3% (2.258) e 1,1% (2.288) do total de enfermeiros e médicos brasileiros atuavam em países membros da OCDE. O Brasil, conforme ressalta o relatório da OCDE (2007), é um país com baixa taxa de emigração de mão de obra altamente qualificada.

Quanto ao IDE em serviços de saúde, os dados disponibilizados pelo Banco Central não possibilitam detalhar seu fluxo.<sup>29</sup> Assim, dados da Bloomberg foram utilizados para se obter um panorama do que vem acontecendo no mercado de serviços de saúde brasileiro. Esses dados são limitados em dois aspectos: na totalidade de operações e nos valores envolvidos. Tais limitações acontecem porque algumas operações de IDE não são divulgadas pelas empresas, ou porque nem sempre as operações divulgadas se concretizam, ou porque os valores das transações não estão disponíveis.

27. O Revalida é um exame nacional de validação de diplomas de médicos expedidos por instituições estrangeiras de educação superior. Tem por objetivo, segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), conferir maior agilidade, confiabilidade e eficácia aos processos de validação de diplomas médicos no país.

28. Para mais detalhes do programa, ver Barros *et al.* (2014).

29. Mais informações em: <<http://goo.gl/R1VGGQ>>.

Para a consulta do setor de serviços em saúde, utilizou-se a Classificação Padrão da Indústria, denominada de Standard Industrial Classification (SIC). Desse modo, os serviços de saúde poderiam aparecer em duas classificações distintas: a de serviços de seguro de saúde e a de serviços relacionados à saúde humana e assistência social.

Utiliza-se somente a segunda classificação por ser a mais próxima ao objeto de análise desse texto, mas tendo-se em mente que algumas operações de planos privados de saúde que possuem estrutura verticalizada na prestação de assistência à saúde podem estar de fora dos dados apresentados. Esse é o caso da operação realizada pela Bain Capital ao adquirir uma operadora de seguro e provisão de serviços de saúde, a Intermédica Sistema de Saúde, em 2014. Por meio do relatório do fundo de investimento Bain & Capital,<sup>30</sup> identificou-se essa operação que tem valor aproximado de US\$ 860 milhões.

O gráfico 1 mostra as transações de fusões e aquisições do setor de serviços de saúde conforme a classificação SIC – consumo não cíclico e setor de serviços de saúde. Observa-se que o maior número de transações de fusões e aquisições aconteceu entre empresas brasileiras, sendo que o pico de transações ocorre no ano de 2012. Os valores do eixo à direita representam a soma de cada ano das transações com disponibilidade dos valores negociados. Em trinta das 85 operações registradas, não havia o valor da transação. O maior valor registrado também aconteceu em 2012, sendo a operação de compra da Amil pela UnitedHealthGroup responsável por 92% do total dos US\$ 2,504 bilhões.

Segundo Ribeiro e Silva Filho (2013), o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, é, desde o início dos anos 2000, foco do fluxo global de IDE. Assim, o país vem ocupando cada vez mais espaço tanto no fluxo quanto no estoque de IDE, alcançando a oitava posição do estoque (3,27%) em 2011. Ao estudarem a dispersão dos investimentos entre os setores no Brasil em relação ao total do setor no resto do mundo, os autores destacaram que,

comparativamente ao resto do mundo, o Brasil concentra uma proporção maior dos fluxos de investimento estrangeiro nos setores de metalurgia e siderurgia, mineração e automotivo, além de outros voltados à exploração de bens primários. No entanto, o país recebe uma proporção de IDE significativamente menor que a média internacional para os setores de saúde e serviços em geral, além de biotecnologia e componentes eletrônicos (Ribeiro e Silva Filho, 2013, p. 35).

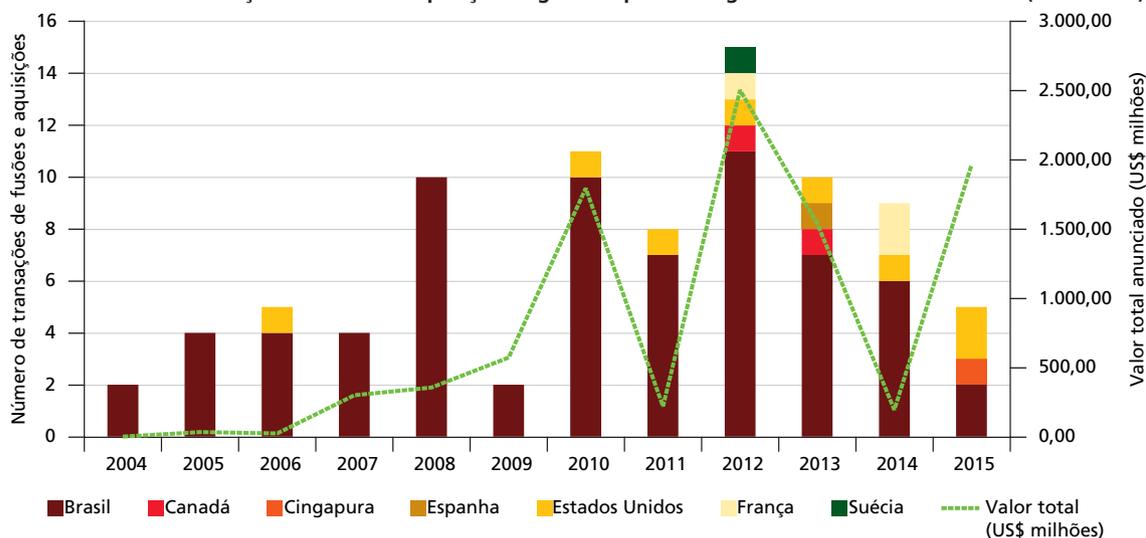
Isso pode mudar com a alteração da Lei nº 8.080/1990 por meio da Lei nº 13.097/2015, a qual autoriza a participação de capital estrangeiro na assistência à saúde. Assim, na seção 3.2, discutimos algumas questões referentes aos riscos que podem advir de investimentos diretos estrangeiros no setor privado brasileiro.

---

30. Para mais informações, consultar a publicação *Global Healthcare Private Equity Report 2015*: <<http://goo.gl/zkeDji>>.

GRÁFICO 1

Número de transações de fusões e aquisições segundo o país de origem e o valor total informado (2004-2015)



Fonte: Bloomberg – posição em 2 de junho de 2015.  
Elaboração dos autores.

### 3.2 Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos

Relatórios da Comissão Americana de Comércio de Serviços Internacional (USITC),<sup>31</sup> estimam que em 2008 o gasto global em saúde tenha sido de aproximadamente 10% do PIB mundial e que esse percentual tenha sido superior a 10% no ano de 2010. Esse aumento verificou-se a despeito da queda do gasto em saúde ocorrida nos países mais ricos. Na Europa, alguns países apresentaram queda do gasto total em saúde, como a Alemanha, saindo de um patamar de US\$ 387,5 bilhões, em 2008, para um de US\$ 379 bilhões, em 2010. De forma similar, o Reino Unido partiu de um gasto, em 2007, de US\$ 236,7 bilhões para um de US\$ 217 bilhões, em 2010. Nos Estados Unidos, não houve queda do gasto com saúde, mas houve aumento da participação relativa do gasto público devido à crise econômica de 2008 e à implantação do Obamacare – nos Estados Unidos, o seguro de saúde privado geralmente é disponibilizado pelos empregadores.

Então, de que forma os gastos globais em saúde continuaram a crescer? Os países da Ásia-Pacífico assim como os países da América Latina apresentaram um crescimento do gasto com saúde médio anual no período de, respectivamente, 23% e 15%. O gasto privado nesses países são os impulsores desse aumento devido à expansão de cobertura e ao surgimento de uma classe média com aumento de renda e uma crescente demanda por melhores cuidados de saúde, com o uso de tecnologias avançadas. As tabelas 2 e 3 ilustram o que foi dito acima com dados dos dez principais mercados em termos de gasto em saúde do mundo para os anos de 2008 e 2010.

31. USITC (2011; 2013).

O crescimento do gasto privado nos países em desenvolvimento tem tornado esses mercados atraentes para investidores estrangeiros. Incertezas e pouca margem de lucro nos mercados de países desenvolvidos, principalmente o americano, têm levado os investidores estrangeiros a mercados emergentes que possuem uma classe média crescente, com expansão na cobertura de seguros e crescimento da incidência de doenças crônicas. Portanto, espera-se que a abertura ao capital estrangeiro aumente o volume de transações em que haverá presença comercial de firmas estrangeiras no Brasil, trazendo oportunidades e riscos para o sistema de saúde.

TABELA 2  
Serviços de saúde: os dez principais mercados (2008)

Ordem	País	Gasto total (US\$ bilhões)	Participação do gasto privado no gasto total (%)	Gasto privado (US\$ bilhões)	Participação do gasto direto de bolso no gasto privado (%)
1	Estados Unidos	2.299,1	54	1.230,0	23
2	Japão	395,8	19	75,6	81
3	Alemanha	380,2	23	88,2	57
4	França	316,8	21	66,5	33
5	Reino Unido	239,6	17	41,2	63
6	Itália	206,7	23	46,7	86
7	China	194,9	53	103,9	92
8	Canadá	154,4	30	46,6	50
9	Espanha	138,7	27	37,7	75
10	Brasil	137,6	56	77,1	59

Fonte: USITC (2011); tradução dos autores.

TABELA 3  
Serviços de saúde: os dez principais mercados por total e gasto privado (2010)

País	Gasto total (US\$ bilhões)	TCAC <sup>1</sup> 2006-2010 (%)	Ordem	País	Gasto privado (US\$ bilhões)	TCAC 2006-2010 (%)
Estados Unidos	2.584,2	5,19	1	Estados Unidos	1.213,1	1,05
Japão	520,7	9,92	2	China	139,5	17,46
Alemanha	379,2	5,28	3	Brasil	102,3	17,39
França	302,9	4,89	4	Japão	91,0	5,54
China	300,6	24,91	5	Alemanha	86,9	4,54
Reino Unido	217,0	1,17	6	França	67,1	5,98
Itália	194,7	3,76	7	Canadá	52,6	8,07
Brasil	193,0	20,24	8	Índia	48,4	13,76
Canadá	178,1	8,73	9	Itália	43,6	2,59
Espanha	132,0	6,34	10	Espanha	35,9	4,91

Fonte: USITC (2013, tradução nossa).

Nota: <sup>1</sup>É a taxa de crescimento composta anual.

Tomando a saúde como um direito social, assegurado constitucionalmente, dedica-se maior atenção aos riscos para o sistema de saúde. Contudo, como afirma Blouin (2006), ao mesmo tempo que a globalização pode agravar os problemas existentes, também serve como oportunidade para corrigir certas distorções.

Por exemplo, em países com carência de infraestrutura, os governos vêm adotando medidas para atrair investimento estrangeiro para o setor saúde. A China anunciou, em dezembro de 2010, que retiraria as restrições ao IDE de forma gradual, alterando os limites existentes para aquisição de ações de empresas de saúde, permitindo que hospitais de propriedade 100% estrangeira passassem a operar no país em forma de experimento e autorizando empresas estrangeiras a proverem serviços remunerados com recursos públicos. Em março de 2012, o governo local de Beijing anunciou tratamento diferenciado em impostos e taxas de consumo de energia e do solo para atrair instituições privadas da área médica. Como consequência, em junho de 2012, o fundo Carlyle adquiriu 52% de um hospital (Chang'an) e 14% da maior empresa de *check up* médico da China. Na Índia, apesar das dificuldades para atrair IDE apontadas por Chanda (2007), uma empresa local, a HLL Lifecare Limited, e outra americana, o Acumen Fund, formaram uma *joint venture* para criar uma rede de maternidades de alta qualidade e com preços acessíveis – variando de 30% a 50% dos preços regulares – para atender pessoas de baixa renda em regiões com pouca ou nenhuma infraestrutura. Na Indonésia, o investimento estrangeiro é direcionado para hospitais privados de ensino e de atendimento mais complexo fora da capital.

Países desenvolvidos também possuem políticas para atrair o capital estrangeiro. Os Estados Unidos, por exemplo, por meio de um programa federal denominado Federal Immigrant Investment (EB-5), permite ao departamento de imigração alocar 10 mil autorizações anuais de visto para empreendedores que tragam investimentos razoáveis e criem um número considerável de empregos. O Fundo Internacional de Cleveland espera obter recursos para expandir os hospitais universitários de Cleveland atraindo investidores da China, da Índia e do Brasil por meio do EB-5 (USITC, 2013).

Segundo Chanda (2007), dependendo do ambiente regulatório, companhias estrangeiras podem ter um impacto significativo na sustentabilidade dos sistemas domésticos e facilitar o acesso a serviços de saúde. Em 2000, o Reino Unido permitiu que empresas estrangeiras participassem na provisão de serviços públicos do National Health Service (NHS) em áreas que o sistema possuía estrangulamentos. Duas empresas sul-africanas, a Life e a Netcare, foram contratadas para prover vários serviços clínicos no sistema de saúde inglês. A empresa Life entrou no Reino Unido por meio de uma *joint venture* com a empresa Partnership Health Group UK. A Netcare se instalou no país para prover serviços clínicos. Em 2003, ela passou a administrar uma rede móvel de oftalmologia para prover cirurgia de cataratas. Em 2005, passou a administrar um centro de tratamento, e em 2007, abriu dois centros de atendimento ambulatorial.<sup>32</sup>

Na perspectiva das políticas de desenvolvimento da economia e do comércio, a literatura aponta a criação de empregos domésticos como um dos ganhos para o país importador de capital estrangeiro. Na Índia, por exemplo, o número de empregados em hospitais dedicados ao turismo médico, que geralmente contam com capital estrangeiro, saltou de 30,5 mil, em 2000, para 242,5 mil, em 2005 (Smith, Chanda e Tangcharoensathien, 2009). Na Tunísia, um emprego é criado para cada quinze pacientes estrangeiros tratados no país (Lautier, 2014).<sup>33</sup>

32. O NHS recebeu diversas críticas por contratar equipes clínicas da África do Sul, modos 3 e 4, num único contrato, uma vez que o país enfrentava escassez de recursos humanos em saúde.

33. Geralmente, hospitais que tratam de pacientes estrangeiros (modo 2) também contam com investimento direto estrangeiro (modo 3).

Outra oportunidade está relacionada à transferência de conhecimento e tecnologia para melhorar a qualidade, a eficiência e o rol de serviços dos países. A procura dos países em desenvolvimento por sistemas de saúde de maior qualidade vem encorajando uma nova estratégia de exportação americana. Centros universitários e acadêmicos de elevada reputação, tais como a Universidade Johns Hopkins e a Universidade de Pittsburgh, passaram a se associar a firmas locais em diversos países. Ao analisar uma amostra de 25 hospitais indianos, Chanda (2007) verificou que hospitais financiados com capital estrangeiro têm maior propensão a fazer esse tipo de associação e a se beneficiar da transferência de tecnologia e conhecimento que essas universidades possuem.

Considerando os vazios assistenciais existentes no Brasil, o capital estrangeiro poderia ter importante papel na expansão do acesso para áreas desassistidas. Contudo, atrair esse tipo de capital requer condições geralmente inexistentes nas áreas mais carentes. Isso pode ser ilustrado pelo caso de Laos, onde provedores são mal equipados e enfrentam a falta de recursos humanos devido à insuficiência de recursos financeiros. Assim, o país assinou um ambicioso acordo bilateral com os Estados Unidos, em que não há restrições de acesso a mercados ou outras limitações, e mesmo assim não conseguiu atrair investimentos. Além do tamanho do mercado, esse país não possui a infraestrutura requerida para atrair tais investimentos (Arunanondchai e Fink, 2007). Outra fonte de preocupação diz respeito à necessidade de regular adequadamente a inserção desses recursos no sistema de saúde. Adicionalmente, recursos novos para expansão da rede de atendimento devem considerar as restrições existentes em termos de profissionais de saúde para evitar colocar ainda mais sobre pressão recursos que já são escassos.

O capital estrangeiro é direcionado ao setor privado e pode levar ao que se denomina na literatura de *brain drain* interno, ou seja, a saída de profissionais de saúde do setor público para o setor privado e da área rural para as cidades, haja vista que provedores privados geralmente oferecem melhores salários e condições de trabalho do que o setor público e se localizam em áreas urbanas. Adicionalmente, ao aumentar o papel do setor privado no sistema de saúde, o capital estrangeiro pode criar ou reforçar um sistema segmentado em que determinados grupos têm melhor acesso a serviços de maior qualidade em comparação com os demais, geralmente os de menor renda.

Os riscos que o comércio internacional de serviços de saúde pode trazer para o sistema de saúde em termos de equidade entre os que usam serviços providos no mercado beneficiado pelo comércio e o restante da população e de drenagem de recursos do sistema público podem ser ilustrados pelo caso da Tailândia. A maior parte dos serviços de saúde desse país é provida por meio do sistema público, mas o governo tailandês tem promovido o comércio internacional, particularmente no modo 2, ou turismo médico. Atrair pacientes requer serviços de padrão internacional, e a canalização de recursos para esse setor implica a criação de um segmento com serviços de alta qualidade para atender pacientes estrangeiros, que termina por prestar assistência também a pacientes mais abastados do próprio país. Nesse sentido, o comércio internacional contribui para a segmentação do sistema de saúde, e os resultados em termos de riscos são semelhantes aos existentes no modo 3.

Na Tailândia, o setor privado é dividido entre provedores que prestam serviços por meio do sistema público e provedores que prestam assistência aos visitantes estrangeiros, aos tailandeses vivendo fora do país e à parte da população pertencente aos níveis de renda mais elevados, que pagam por assistência à saúde por meio de pagamentos de bolso ou são beneficiários de planos e seguros de saúde privados. Os provedores que compõem o segundo grupo oferecem serviços médicos mais sofisticados e de maior qualidade. Na medida em que geram maior receita por paciente, esses provedores podem oferecer maiores salários e melhores condições de trabalho e, portanto, deslocar profissionais de saúde dos provedores públicos e dos provedores privados que prestam assistência somente aos beneficiários do seguro público, colocando maior pressão sobre recursos já escassos, particularmente no setor público e em áreas rurais. Situação similar ocorreu na Malásia, onde o crescimento dos hospitais privados levou à drenagem de profissionais de saúde do setor público, causando falta de pessoal e longa espera nos hospitais públicos (Arunanondchai e Fink, 2007).

A drenagem de profissionais de saúde tem levado alguns países a impor restrições como trabalhar no setor público por um determinado período de tempo (Tailândia), autorização para trabalhar no setor privado somente fora do expediente no setor público (Camboja) ou não poder trabalhar no setor privado.

Na Tailândia, o sistema educacional público provê profissionais de saúde tanto para o setor público quanto para o setor privado, sem que o último ajude a arcar com os custos de formação desses profissionais. Como política de retenção de recursos humanos, o governo tailandês adotou um programa compulsório de trabalho no setor público de três anos para os recém-formados, concessão de incentivos aos que são alocados em áreas rurais – como compensações adicionais (por trabalharem em áreas rurais, por não trabalharem no setor privado e por prestarem serviços especiais) – e remuneração de horas extras. Devido aos incentivos, um médico recém-formado pode ganhar um salário equivalente ao de um médico que trabalhe na capital do país e tenha 25 anos de experiência. Adicionalmente, o governo recruta alunos em áreas rurais para serem formados na área médica e servirem suas comunidades com o objetivo de reduzir a concentração de profissionais de saúde em áreas urbanas (Cattaneo, 2010). Apesar de essas estratégias poderem funcionar no curto prazo, o tratamento adequado do problema no longo prazo requer o planejamento de recursos humanos em quantidades e capacidades requeridas e deve considerar o longo período de formação de profissionais médicos (Arunanondchai e Fink, 2007).

Questões similares às levantadas acima surgem com a abertura do mercado interno ao capital estrangeiro, mas o sistema de saúde brasileiro tem características que podem torná-las ainda mais relevantes. Em relação ao financiamento da saúde, a análise dos dados de Conta-Satélite de Saúde do período de 2007 a 2009<sup>34</sup> (IBGE, 2012) demonstra a importante fatia que a

34. Dados mais recentes sobre o financiamento público e privado no sistema de saúde brasileiro estarão disponíveis em meados de dezembro de 2015, quando será publicada a Conta-Satélite de Saúde do Brasil abarcando o período de 2009 a 2013.

despesa privada representa na despesa com consumo final de bens e serviços de saúde:<sup>35</sup> neste período, cerca de 57% da despesa com consumo final de saúde foi realizada por instituições privadas, o que faz com que o Brasil seja o único país com sistema público de saúde universal onde o gasto privado é maior que o público. A análise da despesa privada *per capita* em 2008<sup>36</sup> aponta para um gasto cinco vezes superior à despesa pública: neste ano, enquanto a despesa privada *per capita* atingiu o valor de R\$ 2,9 mil, a despesa *per capita* pública foi de R\$ 568, confirmando as diferenças de acesso.

No sistema de saúde brasileiro, a população pode acessar assistência à saúde por meio do sistema público, o SUS, por meio de planos e seguros privados de saúde ou através de pagamentos diretos do bolso. Recursos públicos se destinam a todos esses segmentos de forma direta, no caso dos usuários do SUS, ou indiretamente, por meio de benefícios tributários que alcançam os gastos privados com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde – somente no ano de 2013, o governo deixou de arrecadar R\$ 13,6 bilhões com isenções e renúncias fiscais devido a despesas das famílias e das empresas com saúde (Brasil, [s.d]). Outra forma de destinação de recursos públicos ao setor privado se dá quando beneficiários de planos e seguros de saúde recebem assistência no SUS para procedimentos cobertos em seus contratos.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 indicam que quase 28% da população brasileira possui cobertura médica e/ou odontológica por plano ou seguro de saúde, sendo que na região Sudeste este percentual chega a 37% e na região Norte é pouco superior a 13%; em áreas urbanas (31,7%), é cinco vezes superior à cobertura observada em áreas rurais, 6,2% (IBGE, 2014). O trabalho e a renda são determinantes para a participação na Saúde Suplementar. Um estudo realizado pela ANS (2011) estima que quase 60% dos vínculos de beneficiários de planos e seguros de saúde existentes em dezembro de 2010 eram referentes a planos e seguros de contratação coletiva empresarial, e há uma forte correlação positiva entre renda e cobertura por plano ou seguro privado de saúde.

A publicação do IBGE mostra diferenças de utilização entre os diferentes grupos populacionais. Entre os beneficiários de planos e seguros de saúde, quase 85% fizeram consulta ao médico nos últimos doze meses anteriores à data de referência da pesquisa, enquanto entre os demais essa proporção foi de 66%. Existem disparidades de utilização quando comparamos também a população vivendo em áreas urbanas com a que vive em áreas rurais: 73% e 63% respectivamente.<sup>37</sup> Portanto, fica claro que o sistema de saúde brasileiro é um sistema segmentado em que a população mais afluyente e a população vivendo em áreas urbanas têm melhor acesso à assistência à saúde de qualidade do que o segmento populacional que depende exclusivamente do sistema público e do que a população que vive em áreas rurais.

35. A análise do consumo final de bens e serviços de saúde sob a perspectiva da despesa de consumo final permite retratar quem pagou por aquele bem ou serviço, ou seja, quem financiou a despesa. A despesa privada com consumo final de bens e serviços de saúde refere-se à despesa de consumo final das famílias e das instituições sem fins de lucro. A despesa pública refere-se à despesa de consumo final da administração pública.

36. O ano de 2008 foi utilizado por ser o último ano no período 2007-2009 em que estão disponíveis os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) sobre beneficiários de planos de saúde.

37. Infelizmente os dados sobre renda ainda não foram divulgados, por isso não podemos comparar a utilização entre os grupos populacionais pertencentes aos diferentes estratos de renda.

Quanto à drenagem de recursos do setor público, a presença comercial deve ter dois efeitos relevantes: aumentar o volume de recursos públicos que são desviados para subsidiar o consumo privado de assistência à saúde e colocar ainda mais sob pressão um recurso escasso que são os médicos. Os provedores privados se beneficiam indiretamente dos benefícios tributários, e o aumento de sua participação no sistema de saúde, resultante do aporte de capital estrangeiro, deverá ter como consequência o aumento do volume desses benefícios – o capital estrangeiro é direcionado a provedores que prestam serviços mais sofisticados e a preços mais elevados. Por sua vez, a escassez de médicos é um problema relevante para o sistema de saúde brasileiro, de forma geral, e, particularmente, para o sistema público. Dificuldades para o planejamento de recursos humanos em um sistema em que os médicos podem trabalhar tanto no setor público quanto no setor privado (a chamada prática dual) e a falta de instrumentos regulatórios que tratem da distribuição espacial dos médicos tornam o problema de *brain drain* interno mais relevante para o caso brasileiro (Barros *et al.*, 2014).

Adicionalmente, além de acirrar a disputa por recursos escassos, o capital estrangeiro pode exacerbar os problemas derivados da prática dual. Médicos dualistas podem não cumprir a jornada de trabalho contratada no setor público, desviar pacientes para provedores privados onde possam ter interesses financeiros ou utilizar instalações e equipamentos públicos na assistência a pacientes privados, drenando recursos públicos e afetando negativamente a provisão de assistência no sistema público (García-Prado e González, 2011).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da experiência relativa ao comércio internacional de serviços de saúde decorreu do debate suscitado pela abertura indiscriminada à entrada de capital estrangeiro na provisão de ações e serviços de saúde no Brasil, autorizada pela Lei nº 13.097/2015.

Tomando como ponto de partida a classificação da OMC para os serviços de saúde comercializáveis de acordo com seus modos de produção, a busca por evidências de resultados organizou-se segundo as quatro modalidades adotadas pelo Gats.

As modalidades dos serviços de saúde classificadas no Gats como modo 1, relativas ao comércio transfronteiriço de serviços (por exemplo, telemedicina e transcrição de prontuários), apresentam baixa transação internacional. As razões para isso são diversas. Barreiras legais, muitas vezes proibindo esse tipo de transação, como o licenciamento e o requerimento de qualificações, são fatores que dificultam o deslanche desse comércio. Agregam-se as diferenças culturais, as condições sociopolíticas (provisão pública *versus* privada), a falta de recursos humanos e as limitações de infraestrutura e tecnologia dos países. Estudo relacionado às transações entre países europeus utilizando a base de dados da OCDE (Herman, 2009) mostra que os dados não são informados de forma regular, o que torna difícil obter informações consolidadas a respeito desse comércio. Alguns países da Europa firmaram acordos formais para dividir recursos tecnológicos. O programa eHealth dos países bálticos criou uma infraestrutura transnacional que permite compartilhar recursos, incluindo a telerradiologia, entre cinco países (Dinamarca,

Estônia, Lituânia, Noruega e Suécia). Contudo, mesmo nos países membros da UE, dotados de ampla infraestrutura tecnológica, a troca por meio de TICs não é representativa. As oportunidades identificadas para países em desenvolvimento dizem respeito, em geral, a ações complementares à de atenção à saúde, como o serviço de transcrição de prontuários, cujas exigências estão mais ligadas a adequações na regulamentação do setor (*e-commerce* e proteção dos dados), e o desenvolvimento de infraestrutura de TIC (Cattaneo, 2010).

Também é incipiente o comércio internacional no modo 2, referente ao consumo de serviços no exterior (turismo médico). Apesar de serem mais claras as direções desses fluxos, o turismo médico representa apenas 1,69%, em média, do produto total no setor saúde para os países da Europa e acontece de forma mais intensa entre os países da UE (Herman, 2009).

O modo 3, relativo à presença comercial, ou ao investimento direto estrangeiro, concentrou os esforços de busca e análise de dados de comércio por estar diretamente ligado à abertura ao capital estrangeiro. Mas também aqui as informações são limitadas, uma vez que, na maioria dos países, as estatísticas oficiais não desagregam os setores de atividades relevantes para os serviços de saúde. Ademais, essa análise exige que, além do IDE, que corresponde ao aporte financeiro para que uma firma estrangeira se estabeleça no país por meio da participação em uma empresa nacional/local ou pela construção de novas plantas e/ou estabelecimentos, seja indispensável considerar o fluxo comercial dessas empresas, por meio de uma variedade de indicadores, tais como as exportações e as importações, as vendas, a produção, o número de estabelecimentos e o emprego (Mortensen, 2008), ou seja, o comércio em serviços das filiais estrangeiras. A alta volatilidade e imprevisibilidade desses fluxos, a elevada variabilidade anual do nível de exportação ou importação e níveis de exportação e importação insignificantes, representando, em média, menos de 0,01% do PIB desses países e menos de 1% do total de atividade do setor saúde são algumas das conclusões da análise desses dados (Herman, 2009). Dado que a saúde apenas recentemente se converteu em foco de interesse do capital financeiro internacional, as empresas provedoras de serviços de saúde não tinham presença relevante nos índices das empresas mais internacionalizadas, como o da *Fortune*, que identificava em 2005 apenas três operando em múltiplos mercados: UnitedHealth Group, Aetna e Cigna (Herman, 2009).

Quanto ao modo 4, relativo à presença de profissionais de saúde, também foram detectadas dificuldades para harmonização das estatísticas e problemas associados à conceituação de migração temporária e às diferentes situações dela decorrentes (Herman, 2009). Os países em desenvolvimento tendem a ser fornecedores para outros países, sendo exportadores líquidos de profissionais de saúde para os países desenvolvidos. Tendência internacional, essa movimentação se associa à escassez de profissionais de saúde em alguns países e às políticas ativas de contratação desses profissionais. Os Estados Unidos abrigam a metade dos médicos e enfermeiros estrangeiros do mundo, seguidos pela Europa (40%), ficando o restante com a Austrália e o Canadá. No lado da exportação, as enfermeiras filipinas e os médicos indianos representam 15% desse total (OCDE, 2007). Na UE houve intensa troca entre os países membros após a abolição das barreiras à movimentação de pessoas; contudo, a maioria dos profissionais estrangeiros de saúde origina-se de países que não pertencem à UE.

O quadro de intensificação dos fluxos do capital internacional na área da saúde parece estar associado à queda do gasto total em saúde nos países desenvolvidos e ao aumento do gasto público nos Estados Unidos, que ocorrem simultaneamente ao crescimento do gasto médio anual com saúde nos países da Ásia-Pacífico assim como nos países da América Latina. Como aponta o texto, o crescimento do gasto privado nos países em desenvolvimento tem tornado esses mercados atraentes para investidores estrangeiros. Incertezas e pouca margem de lucro nos mercados de países desenvolvidos, principalmente o americano, têm levado os investidores estrangeiros a mercados emergentes que possuem uma classe média crescente, com expansão na cobertura de seguros e crescimento da incidência de doenças crônicas. Em resposta, dependendo do papel do setor público e das dificuldades para articular os interesses públicos e privados na provisão, diversos países adotaram medidas restritivas à participação do IDE nos serviços de saúde ou até mesmo a sua proibição.

Em contrapartida, em países com carência de infraestrutura têm sido adotadas medidas para atrair investimento estrangeiro para o setor saúde, liberalizando normas e instituindo incentivos. Com essas medidas, esperam ampliar os recursos para investimento, oportunidades de geração de novos empregos e acesso a novas tecnologias.

A criação de empregos domésticos é apontada por alguns autores como um dos ganhos para o país importador de capital estrangeiro. Contudo, quando há insuficiência de recursos humanos, pode colocar sob maior pressão o mercado de trabalho e resultar em drenagem de profissionais do sistema público para o privado. Assim, no caso do Brasil, em que a escassez de médicos é um problema relevante, particularmente para o sistema público de saúde, essa é uma questão que merece especial atenção por seu impacto sobre a equidade no acesso ao sistema de saúde. E, como aponta o texto, além de acirrar a disputa por recursos escassos, o capital estrangeiro pode exacerbar os problemas derivados da prática dual, quando forem inexistentes mecanismos regulatórios que a impeçam.

O capital estrangeiro pode também fortalecer a segmentação, agravar a desigualdade e aumentar o volume de recursos públicos que são desviados para subsidiar o consumo privado de assistência à saúde. Problemas associados ao agravamento da segmentação e à equidade foram destacados em estudos sobre a Tailândia e sobre a Malásia.

No caso do Brasil, esses efeitos nocivos também poderão ocorrer agravados, pois à medida que os provedores privados se favorecem indiretamente dos benefícios tributários, o aumento de sua participação no sistema de saúde resultante do aporte de capital estrangeiro deverá ter como consequência o aumento do volume desses benefícios, uma vez que o capital estrangeiro tende a ser direcionado a provedores que prestam serviços mais sofisticados e a preços mais elevados.

O atendimento a vazios assistenciais não se beneficia com a entrada de capital estrangeiro. Como aponta o texto, Laos, com esse objetivo, assinou um ambicioso acordo bilateral com os Estados Unidos, em que não há restrições de acesso a mercados ou outras limitações, e mesmo assim não conseguiu atrair investimentos. Além do tamanho do mercado, esse país não possui a infraestrutura requerida para atrair tais investimentos (Arunanondchai e Fink, 2007).

A necessidade de regular adequadamente a inserção desses recursos no sistema de saúde é apontada por diversos autores. A fragilidade da regulação setorial no Brasil, seja no que se refere ao cumprimento de normas programáticas, no caso do sistema complementar, seja de respeito ao contratado junto aos beneficiários, no caso do sistema supletivo, é conhecida. A ausência de prévia elaboração de um marco regulatório, associada à eliminação do dispositivo legal que determinava a análise, autorização e supervisão pelo sistema público de saúde da entrada de capital externo na provisão de serviços de saúde especificados em lei, aponta para a gravidade desses riscos no caso brasileiro. O estabelecimento de limites referentes às áreas prioritárias ou a restrição a determinadas localizações e a regulação da prática dual poderiam minorar efeitos nocivos. Contudo, a experiência mostra que é difícil estabelecer esses limites *a posteriori*.

## REFERÊNCIAS

- ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, mar. 2011.
- ARUNANONDCHAI, J.; FINK, C. Trade in health services in the ASEAN region. **World Bank Policy Research**. Washington, Mar. 2007. (Working Paper, n. 4147).
- BAHIA, L. Tiro ao alvo no SUS. **Carta Maior**, abr. 2015. Disponível em <<http://goo.gl/ZG001n>>.
- BARROS, E. D. Financiamento de sistemas de saúde: crises, reformas e embates ideológicos. *In*: CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: CFM, 1998.
- BARROS, E. D. *et al.* Trabalho médico e regulação. *In*: MONASTERIO, L. M.; NERI, M. C.; SOARES, S. S. D. (Eds.). **Brasil em Desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, v. 1, capítulo 11, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/XIfN9c>>.
- BLOUIN, C. Economic dimensions and impact assessment of GATS to promote and protect health. *In*: SMITH, R.; BLOUIN, C.; DRAGER, N. (Eds.). **International trade in health services and the GATS**: current issues and debates. Washington: World Bank, 2006.
- BOBBIO, N. **Direita e esquerda**: razões e significados de uma distinção política. São Paulo: Editora da Unesp, 1995.
- BRASIL. Secretaria da Receita Federal. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários)** – Estimativas Bases Efetivas Ano Calendário 2012 – Série 2010 a 2014. Brasília: SRF, [s.d]. Disponível em: <<https://goo.gl/rHpd1M>>.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 13.097, de janeiro de 2015. Brasília: Congresso Nacional, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/mjsFJW>>
- CATTANEO, O. Health without borders: international trade for better health systems and services. *In*: CATTANEO, O. *et al.* (Eds.). **International trade in services**: new trends and opportunities for developing countries. Washington: World Bank, 2010.

CARVALHO, J. T. As estratégias de destruir o SUS para mercantilizar a saúde. **Cebes**, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/iAPKfb>>.

CASTRO, J. D. **A teoria do mercado tradicional e a saúde**. Brasília: Ipea, 1995. Mimeografado. (Nota Técnica, v. 3).

CHANDA, R. **Foreign investment in hospitals in India: status and implications**. India: Indian Institute of Management Bangalore, 2007.

DRAIBE, S. **O redirecionamento das políticas sociais segundo a perspectiva neoliberal**. Brasília: Sesi, 1994. (Caderno Técnico, n. 18).

EBBERT, T. L. *et al.* The state of teleradiology in 2003 and changes since 1999. **American Roentgen Ray Society**, v. 188, p. 103-112, 2007.

ÉBOLI, E. Doações de planos de saúde nas eleições de 2014 crescem 263% e vão a R\$ 55 milhões. **O Globo**, fev. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/i83eGS>>.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Os riscos da mercantilização e internacionalização da saúde. **Saúde Amanhã**, Rio de Janeiro, maio 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/BLvXGQ>>. Acesso em: 8 jul. 2015.

GARCÍA-PRADO, A.; GONZÁLEZ, P. Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 36, n. 2, Apr. 2011.

GIDDENS, A. **Para além da esquerda e da direita**. São Paulo: Unesp, 1996.

HERMAN, L. **Assessing international trade in healthcare services**. Bruxelas, Bélgica: European Centre for International Political Economy (Ecipe), 2009. (Working paper, n. 3).

HOSPITAIS devem receber investimentos externos? **Revista Ser Médico**, São Paulo, 64. ed. jul./ago./set. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/QNoc0U>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2007-2009**. 6. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. (Série Contas Nacionais). Disponível em: <<http://goo.gl/CHZMtX>>.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional de saúde: 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/kpkZ7h>>.

KRUGMAN, P. Pacientes não são consumidores. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 22 abr. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/4hBviv>>.

LAUTIER, M. International trade of health services: Global trends and local impact. **Health Policy**, v. 118, n. 1, p. 105-113, Oct. 2014.

LECHNER, N. Estado, mercado e desenvolvimento na América Latina. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28/29, 237-248, 1993.

LEVY, F.; YU, K. **Offshoring radiology services to India**. Industrial Performance Center (IPC), Massachusetts Institute of Technology, Set. 2006. (Working paper series, n. 06-005). Disponível em: <<https://goo.gl/K7HF3g>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

MEDICI, A. Sobre o capital estrangeiro em saúde no Brasil. **Blog Monitor de Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/4JQo1k>>. Acesso em: 11 set. 2011.

MCLEAN, T.R.; RICHARDS, E.P. Teleradiology: A case study of the economic and legal considerations in international trade in telemedicine. **Health Affairs**, v. 25, n. 5, p. 1378-1385, set. 2006.

MORTENSEN, J. **International trade in health services**: assessing the trade and the trade-offs. Copenhagen, Dinamarca: Danish Institute for International Studies, 2008. (Working Paper, n. 1).

PINHO, A.; NAVARRO, S. Doações de planos à bancada da saúde aumentam 757%. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 17 jul. 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/qMHs1P>>.

O'CONNOR, J. **The fiscal crisis of the state**. New York: St. Martin's Press, 1973.

OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. *In: International Migration Outlook 2007*. Editora OECD. Disponível em: <<http://goo.gl/mLbKyM>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

PIOLA, S. PEC 358/2013 e a falta que o Gilson de Carvalho nos faz. **Abrasco**, fev. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/fOysSa>>.

POR QUE somos contrários ao capital estrangeiro na atenção à saúde: veta presidenta Dilma! **Movimento pela Reforma Sanitária**, dez. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/Urq3lR>>.

ROSANVALLON, P. **La crise de l'État providence**. Paris: Editions Du Seuil, 1981.

RIBEIRO, E. J. J.; SILVA FILHO, E. B. Investimento externo direto no Brasil no período 2003-2012: aspectos regionais e setoriais. **Boletim de Economia e Política Internacional**, Brasília: Ipea, n. 14, p. 29-45, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/2R4UMV>>.

SANTOS, L. **Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde**. [S.l.: s.d.]. Disponível em: <<http://goo.gl/xijLSa>>.

SANTOS, M. A.; PASSOS, S. R. Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, 2010.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Cremesp e CFM, 2013.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/pAISq0>>.

SMITH, R.; BLOUIN, C.; DRAGER, N. Trade in health services and the GATS: what next? *In*: SMITH, R.; BLOUIN, C.; DRAGER, N. (Eds.). **International trade in health services and the GATS: current issues and debates**. Washington: World Bank, 2006.

SMITH, R. D.; CHANDA, R.; TANGCHAROENSATHIEN, V. Trade in health-related services. **Lancet**, v. 373, p. 593-601, Feb. 2009.

“UMA luta de 12 anos”, diz Balestrin, da Anahp. **Saúde Business**, jan. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/hjQjio>>.

USITC – UNITED STATES INTERNATIONAL TRADE COMMISSION. Healthcare services. *In*: **Recent trends in U.S. services trade: 2011 annual report**. July 2011. (Publication n. 4243).

\_\_\_\_\_. Healthcare services. **Recent trends in U.S. services trade: 2013 annual report**. Publicação n. 4412, jun. 2013.

#### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR**

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. 18. ed. Brasília: Ipea, 2010.

\_\_\_\_\_. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. 22. ed. Brasília: Ipea, 2014.

SUSENO SUTARJO, U. Indonesia moves toward liberalization in trade in health care. *In*: WHO WORKSHOP ON TRADE IN HEALTH SERVICES, Ottawa, July, 2003 apud BLOUIN, C. Economic dimensions and impact assessment of GATS to promote and protect Health. *In*: BLOUIN, C.; DRAGER, N.; SMITH, R. (Eds.). **International trade in health services and the GATS – Current issues and debates**. Washington: The World Bank, 2006.