

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB
CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE

Fabrine Luiza Fardin

**RELAÇÃO DO PÚBLICO E PRIVADO NA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE**

Restinga Sêca, RS, Brasil

2015

Fabrine Luiza Fardin

RELAÇÃO DO PÚBLICO E PRIVADO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação à distância em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof. Dr. Alitéia Santiago Dilélio

**Restinga Sêca, RS
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB
CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Artigo de Especialização

RELAÇÃO DO PÚBLICO E PRIVADO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

elaborado por
Fabrine Luiza Fardin

como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alitéia Santiago Dilélio
(presidente/orientador)

Prof. Juliano Perottoni
(Membro)

Prof.Ma. Elisa Heisler
(Membro)

Restinga Seca, 05 de dezembro de 2015.

RESUMO

O artigo consiste em uma reflexão sobre a relação público-privada na saúde brasileira, objetivando identificar as tendências e os impasses vividos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e suas implicações éticas no cotidiano. Apesar das conquistas constitucionais, ainda existem alguns obstáculos à operacionalização da saúde como um direito, entre eles, as políticas internacionais de ajuste econômico. O papel constitucionalmente atribuído ao Estado, segundo a lógica neoliberal, passa para a responsabilidade dos indivíduos e da comunidade, e neste contexto, as políticas de bem-estar social seriam reduzidas a programas compensatórios e privatizantes, aumentando assim a massa de vulneráveis e excluídos da sociedade. A partir dos resultados é necessário pensar modos de qualificar as relações público-privada, oferecendo a garantia de acesso à saúde com diminuição das desigualdades beneficiando a população brasileira.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Parcerias Público-Privadas.

RESUMEN

El artículo consiste en una reflexión sobre la relación público-privada en la salud de Brasil para identificar tendencias y dilemas experimentados por el Sistema Único de Salud (SUS) y sus implicaciones éticas en la vida diaria. A pesar de los logros constitucionales, todavía hay algunos obstáculos para la puesta en práctica de la salud como un derecho, incluyendo las políticas internacionales de ajuste económico. El papel constitucionalmente asignado al Estado, de acuerdo con la lógica neoliberal, pasa a la responsabilidad de los individuos y la comunidad, y en este contexto, las políticas de bienestar social reducirían los programas compensatorios y la privatización, lo que aumenta la masa de vulnerables y excluidos de la sociedad. A partir de los resultados, es necesario pensar en maneras de calificar las relaciones público-privadas, que ofrece acceso a la garantía de la salud para reducir la desigualdad en beneficio de la población brasileña.

Palabras clave: acceso al sistema de salud a los servicios de salud .. Asociaciones Público-Privadas.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a constituição de 1988 propõe como diretrizes, a universalidade, integralidade, equidade e garantia de acesso aos bens públicos de saúde, entretanto, essa garantia, que deveria estabelecer igualdade de direitos aos cidadãos, implicou uma série de peculiaridades na relação entre sistema de saúde público e privado, dada a estrutura produtiva do setor de saúde montada no país, que aumentaria as desigualdades na distribuição dos bens públicos de saúde de alta complexidade (NISHIJIMA, 2010).

Apesar das conquistas constitucionais, ainda existem alguns obstáculos à operacionalização da saúde vista como um direito, entre eles, as políticas internacionais de ajuste econômico. O papel constitucionalmente atribuído ao Estado, segundo a lógica neoliberal, passa para a responsabilidade dos indivíduos e da comunidade, e neste contexto, as políticas de bem-estar social seriam reduzidas a programas compensatórios e privatizantes, aumentando assim a massa de vulneráveis e excluídos da sociedade (AMADIGI, 2007).

De acordo com o art. 199 da Constituição, as instituições privadas podem participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante contrato direito ou convênio, preferencialmente entidades filantrópicas e sem fins lucrativos respeitando-se as normas de direito público e o disposto na Portaria 3.277/2006/MS (AMARANTE, 2011). Esta contratação será realizada somente quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, mediante a indisponibilidade de ampliação da oferta e comprovada a necessidade de complementar sua rede (SANTOS, 2010).

A complementação de serviços deverá observar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso (BARATTA, 2011).

O crescimento vigoroso da assistência suplementar ao longo das últimas duas décadas mantém uma relação direta com a expansão da clientela do sistema público a partir da garantia, a todo cidadão, do direito à saúde e do

estrangulamento da oferta de serviços públicos. A incerteza quanto aos rumos da reforma do Estado, a crise econômica e a descontinuidade dos investimentos sociais - manutenção ou ampliação de serviços - evidenciam em grande parte esta expansão acelerada (AMARANTE, 2011).

Busca-se com este trabalho identificar as tendências e os impasses vividos pelo Sistema Único de Saúde a partir da reflexão sobre a relação público-privada na saúde brasileira. É sumamente importante entender o significado do seguro privado para o sistema de saúde brasileiro. Além disso, contribui para realização de uma abordagem crítica da função do Estado brasileiro sobre a sua regulação.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre estudos relacionados ao tema em âmbito nacional, nos últimos 11 anos. A busca das publicações científicas foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS (<http://www.enfermagem.bvs.br/>) utilizando os seguintes descritores: “Sistema Único de Saúde” and “Sistema Público” and “Sistema Privado”, incluindo as bases de dados: Literatura Latino - Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), SciELO, BDEF. Ainda, foram realizadas buscas em livros de referência sobre o tema.

Para localizar as publicações foram utilizados os seguintes critérios: período de publicação nos últimos 10 anos, envolvendo seres humanos, textos que abordavam os setores público e privado na assistência à saúde, nos idiomas inglês, espanhol e português. Os descritores utilizados foram: serviços de saúde, sistema público e privado, assistência à saúde.

As buscas foram realizadas durante os meses de agosto e setembro de 2015 para leitura de títulos e resumos. Foram selecionados 33 artigos referentes ao tema, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos, após realizou-se a leitura dos artigos na íntegra.

Ao final, foram selecionados 18 artigos nos quais constavam dados para compreender o sistema público-privado na assistência à saúde, descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados na revisão de literatura. Restinga Seca, RS, 2015

Título	Autor	Nome do periódico	Objetivo	Resultados
O papel do administrador na gestão pública	Cristiane BoteziniAlbarello	Revista de Administração e Comex. V. 5, n. 8, p.1-109, 2006.	Avaliar o papel do gestor público, inserido em um cenário internacionalizado e em constante evolução e como deve conduzir o processo político/administrativo para inserir o setor público neste contexto.	O gestor público, em grande parte, não está conseguindo ser agente catalisador de inovações transformadoras. É necessário estabelecer, estimular a participação social, a fim de pensar estratégias de longo prazo.
A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS	Felipa Rafaela Amadigi Gelson Luiz de Albuquerque Evelise Ribeiro Gonçalves AlacoqueLorenziniErdmann	Revista CiencCuid Saúde 2007, Out/Dez, p. 508-513.	Estudar, do ponto de vista ético, a influência neoliberal sobre o sistema de saúde brasileiro.	Neste momento pós-liberal, para efetivarmos o SUS, devemos reencontrar e redirecionar as propostas preconizadas constitucionalmente.
Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado	Ligia Bahia	Trab. educ. saúde vol.4 n. 1 Rio de Janeiro Mar. 2006	Abordar problemas decorrentes das assimetrias entre as concepções e as práticas das relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.	As hipóteses apresentadas sugerem que a preservação de arranjos político-institucionais e financeiros de suporte público aos serviços privados e empresas de planos de saúde compete com a perspectiva de implementação do direito universal à saúde.
Perfil sócio-demográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008	Zilda Pereira da Silva Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro Rita Barradas Barata Marcia Furquim de Almeida	Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2011	Analisar a evolução do perfil de utilização de serviços de saúde, entre 2003 e 2008, no Brasil e nas suas macrorregiões	A proporção de indivíduos que procuraram serviços de saúde não se alterou, assim como a parcela dos que conseguiram atendimento (96%), entre 2003 e 2008. Em 2008, manteve-se o gradiente de redução de utilização de serviços de saúde SUS conforme o aumento de renda e escolaridade.
Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro.	Barbara Moreira Barbosa de Brito Antonio	Revista do Serviço Público Brasília 56 (1): 7-21 Jan/Mar	Discutir os fundamentos que balizam a implantação de um programa de PPP e apresentadas algumas	A necessidade de viabilizar investimentos públicos em um contexto de restrição fiscal impulsionou governos de

	Henrique Pinheiro Silveira	2005.	características gerais dos contratos.	diversos países a buscar na parceria com o setor privado a alternativa para a realização de obras e serviços públicos
Título	Autor	Nome do periódico	Objetivo	Resultados
Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde	Nelson Rodrigues dos Santos Paulo Amarante	Cebes. Rio de Janeiro, 2010.	Debater as relações entre o SUS e a saúde suplementar, com destaque aos desafios e caminhos para o futuro do sistema universal.	As pressões do mercado e a crescente incorporação tecnológica no segmento da assistência suplementar influenciam os prestadores, os profissionais e os usuários num caminho oposto a uma atenção à saúde baseada no princípio da integralidade.
A política de saúde do Brasil: dilemas entre as relações público-privado.	Márcio Kobori	Monografia II - Universidade Estadual de Campinas (Instituto de Economia), Campinas, 2008.	Realizar uma reflexão sobre os caminhos da política de saúde no Brasil	As mudanças ocorridas nas esferas pública e privada propiciam elementos para uma reflexão necessária para a compreensão do contorno dado a estas reformas no Brasil.
Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde	Telma Maria Gonçalves Menicucci	Locus: revista de história, Juiz de Fora, v. 15, n. 2 p. 47-69, 2009.	Interpretar a configuração institucional híbrida da assistência à saúde no Brasil, caracterizada pela coexistência de um segmento público e outro privado	Embora o arranjo público-privado institucional seja resultado de escolhas realizadas em diferentes momentos de inflexão da política de saúde, essas foram constrangidas pelos efeitos institucionais das escolhas anteriores.
História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual	Telma Maria Gonçalves Menicucci	Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.	Identificar problemas que afetam a completa consolidação da reforma sanitária, ao mesmo tempo em que chama a atenção sobre o significado profundo da implantação de um sistema único e universal em um país das dimensões do Brasil.	A conferência apresenta uma retrospectiva histórica do Sistema Único de Saúde, seus antecedentes e seu legado na configuração atual e parte da explicação de alguns de seus problemas estruturais, particularmente a convivência de um sistema público e outro privado.
Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.	Telma Maria Gonçalves Menicucci	Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 320p.	Explicar a constituição do formato institucional híbrido ou dual da assistência à saúde no Brasil baseando-se em um mix entre um sistema público e um sistema privado	As regras e os procedimentos institucionalizados na configuração que assumiu a assistência à saúde, tiveram como um de seus efeitos a atribuição de significados à realidade e

Título	Autor	Nome do periódico	Objetivo	Resultados
				a conformação de determinadas concepções sobre o público e o privado
Análise econômica da interação entre saúde pública e privada no Brasil: tratamentos de alta complexidade.	Marislei Nishijima Geraldo Biasoto Junior Denise Cavallini Cyriollo	Economia e Sociedade, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, dez. 2010.	Investigar quantitativamente de maneira indireta se os mais pobres têm menor acesso que os indivíduos de maior renda aos bens de assistência médica de alta complexidade ofertados pelo setor público.	Os resultados obtidos sugerem que a renda do indivíduo afeta positivamente a sua probabilidade de possuir um seguro de saúde, o que mostra que os mais ricos são os possuidores de seguros de saúde
A política de saúde no Brasil nos anos 90.	José Carvalho de Noronha Laura Tavares Soares	Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2009.	Refletir sobre os rumos da reforma do setor saúde na década de 1990	Os avanços formais conquistados na formatação administrativa do Sistema Único de Saúde através das várias normas operacionais instituídas naquela década, correm sério risco de serem tragados por fora pela contração de investimentos públicos e pela cisão irreversível do sistema de saúde.
Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde.	Bruno Pereira Nunes Elaine Thumé Elaine Tomasi Suele Manjorany Silva Duro Luiz Augusto acchini	Rev Saude Pública 2014;48(6):968-976	Avaliar desigualdades no acesso, utilização e qualidade da atenção à saúde associadas a características socioeconômicas	O uso de serviços de saúde foi semelhante entre os estratos dos indicadores socioeconômicos. A falta de acesso e o tempo na fila de espera foram maiores entre os indivíduos de piores posições socioeconômicas, mesmo após ajuste para necessidades em saúde.
A relação público-privada no Sistema Único de Saúde: assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde "Baixada Cuiabana" em Mato Grosso	Cátia Maria C. Romano João Henrique G. Scatena	Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013.	Discutir a relação público-privada no SUS, na região de saúde da Baixada Cuiabana no estado de Mato Grosso a partir da caracterização da estrutura da rede de assistência ambulatorial de média e alta complexidade	As evidências apresentadas podem sinalizar a existência de uma política de fortalecimento do setor privado no âmbito do SUS, em Mato Grosso. Fato esse, fortemente caracterizado pela trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil.
O Mix Público-Privado no Sistema de	Isabela Soares Santos	Dissertação (Doutorado em Ciências na	Analisar o arranjo público-privado do sistema de saúde	A integralidade no sistema de saúde brasileiro

Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada.		área de Saúde Pública) – Rio de Janeiro, julho de 2009.	brasileiro, o modelo regulação vigente no país das relações entre o público e o privado e os efeitos do mix público-privado do sistema de saúde brasileiro em relação à desigualdade de uso, financiamento e oferta de serviços de saúde	tem que ser organizada e garantida pelos gestores do SUS, contemplando tanto a assistência dentro do SUS, como aquela que resulta de idas e vindas dos usuários entre o segmento complementar e o SUS
Título	Autor	Nome do periódico	Objetivo	Resultados
O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.	Isabela Soares Santos Maria Alicia Dominguez Ugá Silvia Marta Porto	Revista Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.5 Rio de Janeiro Set./Out. 2008.	Analisar o mix público-privado do sistema de saúde brasileiro a partir da oferta, utilização e financiamento dos serviços de saúde	O predomínio dos prestadores de saúde privados, introduz, importantes fluxos financeiros da esfera pública para a privada. Ainda, nesse mix existem relações pouco claras entre o papel que um mesmo prestador privado exerce em segmentos diferentes (no SUS e no setor de saúde suplementar).
Uma revisão sobre os conceitos de acesso e Utilização de serviços de saúde	Claudia Travassos Mônica Martins	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.	Rever os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, analisar o que os distingue e, ao mesmo tempo, identificar os pontos de articulação existentes entre ambos	O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Constituição Brasileira de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da seguridade social e assegurou em seu artigo 199 (§1º) a participação da iniciativa privada na provisão de serviços de saúde, desde que de forma complementar, sob as diretrizes e regras (contrato) deste sistema público. Tal fato possibilitou a manutenção de um espaço para o setor privado dentro do SUS gerando, muitas vezes, situações conflituosas na arena das negociações e pactuações com vistas à oferta de serviços de saúde, envolvendo gestores estaduais e municipais e também provedores privados de serviços específicos (SCATENA, 2013).

O SUS assegurou a reprodução de grande parte do setor privado de prestação de serviços quando em sua criação, optou-se por não tornar estatais, serviços privados, filantrópicos ou não governamentais que prestavam assistência ao antigo sistema previdenciário ou público. No sentido de integrá-los em rede única, delegou-se aos municípios, ou eventualmente aos estados, a função de realizar contratos e convênios com esses prestadores autônomos, acompanhando o seu desempenho (LEI 8080, 1990).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê uma estrutura híbrida de gestão da saúde, baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão e outra privada, que atua de maneira complementar. Com as restrições dos serviços e recursos investidos pelo Estado para atender as demandas de saúde da população brasileira, o setor privado vem atuando sob a forma de planos e seguros de saúde, com oferta de hospitais, clínicas, laboratórios, e consultórios particulares.

A relação entre o público e o privado na Saúde é geradora de intensas discussões que parecem estar muito longe do fim, especialmente ao considerarmos o histórico das políticas de saúde no Brasil.

A relação entre o público e o privado assume as mais distintas formas - política, econômica, administrativa, técnica, jurídica - desempenhando papel central no processo de implantação e conformação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse binômio reflete impasses histórico-sociais, como a concentração de renda e o predomínio de interesses de grupos e setores econômicos (ALBARELLO, 2006).

A universalidade do SUS e a atuação da rede privada é ponto de partida para articulações e movimentos contra a tendência de privatização do setor da saúde. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS (ROMANO, 2013).

A relação público e privado tem implicado num amplo leque de dificuldades para gestores do sistema, entre elas, o aumento nas mensalidades dos planos de saúde, a insatisfação com a rede prestadora, as limitações de

cobertura dos plano de saúde na rede privada e a greve dos servidores de saúde no setor público (BAHIA, 2006).

O administrador privado se concentra na visão do mercado, que abrange a necessidade dos clientes, a otimização dos recursos financeiros, humanos e materiais e visa os melhores resultados quanto à produtividade, eficiência e eficácia, qualidade total, responsabilidade social e competitividade, atento à maximização de lucros. Já o administrador público se concentra na qualidade da prestação de serviços, sendo que os objetivos e respectivos resultados devem estar relacionados aos interesses sociais (ALBARELLO, 2006).

Os estudos mostram que a cobertura duplicada de saúde: contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público; não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema e; não contribui para a preservação dos objetivos gerais e sociais do sistema de saúde (MENICUCCI, 2014; MENICUCCI, 2009).

Para Brito & Silveira (2005), a terceirização apresenta vantagens para os autores, como: maior eficiência quanto à inovação e gestão de recursos, otimização dos custos e melhor qualidade na prestação do serviço, possibilidade de antecipar um recurso que só estaria disponível a longo prazo, o setor público mantém suas prerrogativas de planejamento, monitoramento e regulamentação, sem prejuízo de sua dimensão estratégica. Porém, à gestão pública cabe verificar o custo-benefício, analisando a parceria sob o enfoque da eficiência e não pela aparente solução de financiamento, para que atinja os objetivos almejados e não comprometa receitas futuras.

O momento atual do sistema de saúde no Brasil evidencia mudanças nas participações público e privada. Assim, estimula-se a reorganização institucional das relações entre essas instâncias, na área da saúde, em consonância com as transformações das funções e do papel do Estado (KOBORI, 2008).

Os sistemas de saúde são compostos por distintos modelos de gestão de riscos, distribuídos entre Estado, mercado e família. O antigo sistema de proteção social pode ser definido como uma imensa rede de socialização do

risco, cuja política de solidariedade implica mecanismos de divisão dos riscos dos seguros entre grupos e classes sociais (SANTOS, 2010).

A tendência contemporânea de fortalecimento da esfera de mercado, classes sociais, a diversificação da demanda em saúde, além do impacto do próprio processo de reforma no setor, induziram uma reorientação das funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários. O estado passou a ter novas atribuições, como as de regulação, controle e avaliação e ampliou-se a participação de mercado e da família na produção, gasto e no financiamento do sistema de saúde. Essas mudanças compõem uma (re)institucionalização da relação público-privado (KOBORI, 2008).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estudos mostram que o SUS é o principal financiador da atenção à saúde, especialmente nos níveis extremos de complexidade, como, por exemplo, vacinação na atenção básica e internações na alta complexidade, mesmo considerando áreas onde há insuficiência em atendimento (BARATA, 2011; RIBEIRO, 2011).

No momento em que o SUS alcança pouco mais de 25 anos de existência, se torna maior a necessidade da geração de conhecimentos, métodos e tecnologia que deem suporte ao seu pleno desenvolvimento. A investigação sobre a utilização de serviços de saúde fornece subsídios que podem orientar o desenho das políticas de saúde e a melhoria do desempenho (BARATA, 2011).

Com relação à provisão de serviços e à oferta, apesar de o SUS ter implementado formas mais ágeis e mecanismos mais seguros de controle sobre os contratos de gestão com as instituições privadas, ainda observam-se entraves, como por exemplo a garantia da oferta do número de exames contratualizados.

Vale lembrar que a Saúde Pública é reguladora em sua essência. Há vários mecanismos reguladores que foram incorporados pelo setor privado, tais como: avaliação de cobertura, de risco, de eficiência, de eficácia, de efetividade. No entanto, no setor privado, eles têm sido utilizados para garantir lucro e não saúde a população.

No momento de implementação de reformas políticas às deficiências no âmbito da assistência à saúde se evidenciaram, como falta de atendimento universal e igualitário e, a disponibilidade de uma rede diversificada de serviços de saúde (MENICUCCI, 2009).

A ineficaz expansão da rede pública associada à opção pela compra de serviços privados resulta em uma relação de dependência para garantia da assistência à saúde. Evidencia-se que a capacidade reguladora do governo não acompanhou eficientemente esta relação submetendo-se a uma lógica econômica e ideológica diferente da estrutura organizacional do SUS (MENICUCCI, 2009).

O SUS é a principal porta de entrada para a assistência à saúde, sendo responsável pelo maior número de procedimentos realizados no país. Mais de 70% da população é usuária exclusiva do sistema público, fazendo com que a maioria dos prestadores não possa prescindir do sistema público (PORTO, 2008).

A política de assistência à saúde atual revela duas formas distintas de acesso, financiamento e produção de serviços de saúde. O Estado atua sob a forma de intervenção direta, se responsabilizando pelo financiamento total e por grande parte da execução dos serviços de saúde e, pela regulação do mercado privado. No modelo público a intervenção governamental visa garantir o direito constitucional à saúde, que se traduz principalmente no acesso aos serviços de saúde, enquanto no modelo privado, busca garantir a concorrência e os direitos do consumidor que adquire planos privados de saúde (MENICUCCI, 2014).

A convivência com duas modalidades de assistência, associada às barreiras de acesso produziram imagens negativas sobre a assistência pública, que se traduzem na falta de suporte político administrativo (AMARANTE, 2010).

CONCLUSÃO

Um dos requisitos para a viabilidade e o sucesso na assistência à saúde, diz respeito à construção de novas formas de relação público-privada e, de mecanismos de regulação eficientes, como: equilíbrio dos contratos de serviços, fiscalização, controle e, sobretudo, o poder normativo sobre os serviços delegados a terceiros.

Constata-se a dificuldade de um modelo de gestão pública no SUS que execute serviços que atendam as necessidades da população de forma direta, sem a complementação do setor privado. No contexto atual do SUS, se a atividade privada deve conviver com a pública no mesmo espaço social de garantias de direitos, mediante ajuste de colaboração e contratos de prestação de serviços, é necessário encarar essa realidade e regulá-la em prol do interesse público. Eficiência e bom desempenho não são particularidades exclusivas do setor público e tampouco do setor privado, ambos são importantes para o SUS.

Aparentemente o investimento público no campo da saúde afasta-se de um ideal universalista, aproximando-se de uma estratégia de intervenção focal, priorizando determinadas clientelas em função da situação de risco ou de vulnerabilidade em que vivem com intuito de reduzir desigualdades.

A regulação da saúde deve ser aplicada aos serviços públicos e/ou estatais e aos serviços contratados e conveniados. Evidencia-se uma fragilidade institucional no monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e políticas de saúde, havendo a necessidade de participação do controle social junto ao Estado. Torna-se eminente o desenvolvimento de métodos e práticas de gestão considerando que este processo depende de recursos humanos e financeiros, mas primordialmente interesse político.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARELLO, C. B. **O PAPEL DO ADMINISTRADOR NA GESTÃO PÚBLICA.** Revista de Administração e Comex.v.5, n.8, p.1-109, 2006.

AMADIGI, F. R. et al. **A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS.** Ver CiêncCuid Saúde 2007, Out/Dez, p. 508-513.

BAHIA, L. **Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado.** Trab. educ. saúde, vol.4 no.1, Rio de Janeiro, Mar. 2006.

BARATA, R. B. et al. **Perfil sócio demográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008.** Rev Ciênc. saúde coletiva, vol.16 no.9, Rio de Janeiro, Set. 2011.

BRASIL. **Lei 8080.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.. Acesso em: 03 out. 2015.

BRASIL. **Público X Privado.** Disponível em: <<http://www.pensesus.fiocruz.br>>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. **Pacto pela Saúde.** Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br>>. Acesso em: 25 out. 2015.

DE BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, A. H. P. **Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro.** Revista do Serviço Público Brasília 56 (1): 7-21 Jan/Mar 2005.

DOS SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.**Cebes. Rio de Janeiro,2010.

KOBORI, M. **A política de saúde do Brasil: dilemas entre as relações público-privado.** Monografia II - Universidade Estadual de Campinas (Instituto de Economia), Campinas, 2008.

MENICUCCI , T. M. G. **Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde.**Locus: revista de história, Juiz de Fora, v. 15, n. 2 p. 47-69, 2009.

MENICUCCI, T. M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 320p.

NISHIJIMA, M.; BIASOTO, G. J; BIASOTO, D. C. **Análise econômica da interação entre saúde pública e privada no Brasil: tratamentos de alta**

complexidade. Economia e Sociedade, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, dez. 2010.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. **A política de saúde no Brasil nos anos 90.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2009.

NUNES, B. P. et al. **Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde.** *Revista Saúde Pública* 2014, p. 968-976.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G. **A relação público- privada no Sistema Único de Saúde: assistência ambulatorial de média e alta complexidadena região de saúde “Baixada Cuiabana” em Mato Grosso.**Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013.

SANTOS, I. S. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada.** 2009. 186f. Dissertação (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Rio de Janeiro, julho de 2009.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* vol.13 no.5 Rio de Janeiro Set./Out. 2008.

SANTOS N.R; AMARANTE P. D. C. **Gestão pública e relação público-privado na Saúde.** *Rev.Ciênc. saúde coletiva*, vol.16, no.4. Rio de Janeiro, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e Utilização de serviços de saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004.