

T. BEATRIZ A. DE ANDRADE ZOROWICH

**FUNDO PRIVADO DE PREVIDÊNCIA
COMPLEMENTAR PARA A SAÚDE**

PROPOSTA DE
FUNDO GARANTIDOR DE RECURSOS PARA O
SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR

Edição da Autora
SÃO PAULO – 2.006

© 2.006 - Therezinha Beatriz Alves de Andrade Zorowich

Nenhuma parte deste livro pode ser utilizada ou reproduzida em qualquer meio ou forma, seja mecânico ou eletrônico, fotocópia, gravação, etc, nem apropriada ou estocada em sistema de Bancos de Dados, ou processos similares, sem a autorização expressa da autora, excetuando-se evidentemente, transcrições e citações.

Assessoria jurídica: Jorge Henrique Ribeiro Galasso

Revisão de texto: Julieta de Andrade

Capa: Anderson Vieira

Emblema para Justiça Social na Área da Saúde (Capa): Lúcia Helena de Andrade Zorowich

**Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Zorowich, Therezinha Beatriz Alves de Andrade Zorowich
Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde: proposta de fundo
garantidor de recursos, para o Sistema Nacional de Saúde Complementar /
Therezinha Beatriz Alves de Andrade Zorowich, -- São Paulo: Ed do Autor, 2006

1. Fundo de Previdência Complementar para a saúde (Brasil) 2. Previdência
Complementar para a Saúde (Brasil) 3. Saúde pública – Brasil 4. Sistema Nacional
de Saúde Complementar (Brasil) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Título

06 – 2027

CDU – 34 : 368 . 614 (81)

Índices para catálogo sistemático:

1. Fundo Privado de Previdência Complementar.
para a Saúde : 34 : 368 . 4 : 614 (81)

Com saudade, dedico este estudo à memória do meu querido esposo Sólon;
aos meus filhos Sólon Jr, Celso Roberto, Lúcia Helena, Luiz Eduardo e José Pedro;
à Irene, à Anelena e à Flávia, minhas noras;
à minha irmã Sílvia, à cunhada Leyde, aos meus netos e sobrinhos. Com todos tenho comentado sobre as vantagens desta proposta de *Fundo Privado de Previdência Complementar*;
à minha irmã Julieta, que, em revisão de texto, ajudou a tornar mais suave a leitura de um tema tão árido e complexo.

SUMÁRIO

Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde	11
Sistema Nacional de Saúde Complementar	13
Planos Médico-Odontológicos	17
Normas para Administração do <i>Fundo Privado</i>	26
Artigos da Constituição Federal de 1.988 que não estão sendo respeitados na obtenção da saúde	35
Análise das Três Opções	36
Perguntas e Respostas	43
Conclusões	48
Palavras Finais	51
Quais são os papéis respectivos das Fundações, Instituições e Organizações Privadas sem Fins Lucrativos, da Comunidade e do SUS?	63
Bibliografia	64
Abreviaturas e Siglas	68
Sobre a Autora	70

PREFÁCIO

Fui honrado com o convite para elaborar este prefácio.

De há tempo, acompanho o profícuo trabalho de Beatriz, que enfoca, com conhecimento, aspectos que estão obstruindo as profissões ligadas à saúde, tirando o direito fundamental à vida digna para a maioria dos prestadores e consumidores dos serviços médicos e odontológicos.

Beatriz domina o assunto e sempre tem escrito acerca de soluções para o problema de Saúde no Brasil: é autora de quatro livros sobre o tema; endereça aos dirigentes públicos e a todos os segmentos referentes à saúde, no País, seus trabalhos e monografias, verdadeiros tratados, com sugestões visando a sanar as deficiências do Sistema Nacional de Saúde.

Agora, em mais um precioso trabalho, vai mais longe e edita a *Proposta de Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde*, onde expõe, em oito capítulos, um completo programa que, se for implantado pelo Poder Público Federal, através do SUS e da rede bancária do País, deve possibilitar à classe média e à de menor poder aquisitivo, serem incluídas no benefício opcional à Saúde Pública executada conjuntamente com serviços privados.

Esta análise e suas conclusões encaminham uma solução viável definitiva e racional para o Poder Público Federal repensar a problemática da saúde no Brasil.

A autora é uma das mais profundas conhecedoras do tema enfocado, conseguindo unir e conciliar segurança, humildade e grandeza.

Sei que vai continuar se dedicando a este mister, porque sua garra e determinação assim a inspiram e motivam.

Sei também que todos os que tiverem a oportunidade de ler esta obra terão a visão exata da real solução da previdência complementar na saúde.

Está na hora de o Poder Público Federal adotar as sugestões da autora e resolver, de uma vez por todas, as dificuldades da saúde no Brasil. Basta querer.

Jorge Henrique Ribeiro Galasso

FUNDO PRIVADO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR PARA A SAÚDE

O *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde* constitui proposta de uma 3ª opção a fim de perfazer o atendimento em saúde para toda a população brasileira.

As duas primeiras consistem, uma no atendimento gratuito através do SUS; e a outra, no que é dispensado aos clientes particulares, incluindo os portadores de seguros e planos de saúde; esses têm sido comercializados como seguros e planos de saúde empresariais privados.

Através deste *Fundo Privado de Previdência Complementar* são programados depósitos mensais para garantir, na livre concorrência, serviços e recursos que se somem à Saúde Pública socializada devida pelo SUS:

- Consultas e serviços médico-odontológicos privados, de baixa e média complexidade;
- Serviços complementares privados de personalização profissional e solicitação de internações com ou sem diferença de hotelaria à Saúde Pública médico-hospitalar integral, terceirizada no setor privado, permitindo a assistência e/ou a interação do médico particular liberal autônomo.

A Saúde Pública conjunta executada no setor médico-hospitalar privado, sem burocracia, é interessante para os trabalhadores e excelente para os patrões, porque diminui a perda de tempo dos funcionários no trabalho.

Entretanto essa facilidade só se justificaria se o benefício oferecido a 20% de cidadãos privilegiados não fosse conseguido à custa da discriminação feita no SUS a 80% dos trabalhadores.

Proibir que o médico que assiste o paciente no setor ambulatorial privado solicite e personalize sua internação à Saúde Pública terceirizada leva à servidão dos empresários hospitalares e à escravização da classe médica.

Esta 3ª opção (*Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde*) não elimina as outras, mas dá possibilidade de livre escolha, desde que as oportunidades sejam iguais e transparentes, para que haja justiça social.

A diferença básica deste *Fundo* consiste na não-incidência de Imposto de Renda nos depósitos anuais nem no momento do resgate. Isso acontece porque os recursos desse *Fundo Complementar* sugerido para a saúde são liberados exclusivamente para pagar despesas profissionais privadas, cujos recibos também têm desconto sobre o IR que incide na declaração do ano-base.

Nos Fundos Privados de Previdência Complementar – Vida ou para Aposentadorias existentes, os depósitos podem ser abatidos do IR conforme a lei; no momento do resgate o IR incide sobre os rendimentos.

Quando serviços personalizados opcionais são executados através de livre iniciativa e da livre concorrência para complementar os procedimentos devidos pelo Estado, eles geram recursos que estimulam o aperfeiçoamento e a qualificação de todos os profissionais que executam serviços de saúde.

Como para quaisquer áreas da economia nacional, conclui-se que consultas médico-odontológicas e serviços médico-hospitalares particulares são benéficos e colaboram para que o Estado ofereça, com mais eficiência e menos filas, Saúde Pública de qualidade para toda a população.

Essa obra é consequência e prolongamento das anteriores da autora; sendo assim, evitam-se citações desses livros porque cada tema abordado aqui tem informações suficientes. (ZOROWICH, T. Beatriz A. de Andrade, v. Bibliografia, p. 64).

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR

Saúde Pública e privada são complementares e, como ninguém tem recursos para pagar a saúde médico-hospitalar integral, a estatal é assegurada pela sociedade junto ao Poder Público em valor único, o Padrão SUS.

A Saúde Pública é gerida pelo Estado; mas com participação da comunidade, ela pode ser qualificada e personalizada, cada cliente complementando-a de acordo com sua escolha e conveniência.

O paciente que poupa através de seguros e planos de saúde privados tem conseguido ser atendido sem fila, nos setores ambulatorial e médico-hospitalar privados, pagando apenas a personalização à Saúde Pública ao ser internado nos hospitais credenciados pelo SUS, terceirizados para o *Sistema Nacional de Saúde Suplementar*.

Por isto foi pedido o registro do *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde*, um novo plano a fim de garantir esta exigência.

- A partir desse registro a sociedade tem mais uma opção pré-paga ou pré-programada para utilizar, além do Sistema Único de Saúde – SUS e do Sistema Nacional de Saúde Suplementar.

- Eqüidade e liberdade na solicitação e execução da Saúde Pública isolada ou executada conjuntamente com serviços e recursos privados são determinadas e alicerçadas na Constituição Federal e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90 e reguladas pelas Leis: 7.716/89, 8.078/90, 8.112/90, 8.137/90, 8.212/91, 8.884/94, 8.987/95, 9.656/98, Decreto 2.173/97, Portaria PT/MS/SAS nº 113 de 04-09-1.997 e Decreto 3.099/99 (datas de publicação, v. Bibliografia, p. 64).

Este novo plano de capitalização, *um Fundo Privado* para pagar a saúde particular, vem concretizar as expectativas dos referidos diplomas legais.

O salário indireto pago pelos empresários como benefício a fim de garantir, sem burocracia, a personalização da Saúde Pública médico-hospitalar para seus funcionários, pode ser pago com salários diretos e os serviços privados de saúde devem ser executados na livre concorrência.

De acordo com a Constituição Federal, os serviços particulares são de livre escolha e de direito privado exclusivo; não existe serviço de direito público que, ao ser terceirizado através de permissões, concessões ou contratos, entre, de um lado, pessoas físicas e/ou pessoas jurídicas e, de outro, o governo, não possa ser personalizado e custeado com recursos individuais.

Há exemplos de como funcionam e são estimulados, pelo Estado, os setores privados dos Sistemas: judiciário, financeiro, de educação, de energia, de telecomunicações, de transportes, de alimentação, de habitação, industrial e comercial. Assim deve ser para a Saúde Pública e privada.

O benefício para garantir a saúde privada, sendo considerado como liberalidade dos patrões, pode ser pago em salários vinculados; porém este fato não pressupõe a eliminação do direito profissional e social à livre iniciativa, à livre escolha e à livre concorrência universais.

O *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde* pode ser oferecido em planos empresariais coletivos, familiares e individuais, em contratos personalizados. Pode também ser feito individualmente por qualquer cidadão para si e/ou para seus familiares.

Aqueles primeiros devem ser confirmados pelos empresários que pagarem o benefício à saúde particular com salários diretos; e pelos participantes que o programarem, com seus honorários ou poupanças.

Os pagamentos complementares dos serviços médico-hospitalares privados são feitos pelos pacientes, ou a mando deles, no ato das internações à Saúde Pública integral executada nas alas dos hospitais privados em que o Poder Público permite personalização profissional e de hotelaria.

Por equidade aos seguros e planos de saúde privados, co-participar para diferenciar o atendimento profissional e de hotelaria hospitalar à Saúde Pública integral *segurada pela coletividade no Padrão SUS*, é:

- Direito dos pacientes;
- Direito dos hospitais privados;
- Direito e prerrogativa da classe médica liberal autônoma, no Ato Médico de solicitar internação personalizada para seu paciente particular enfermo, a pedido expresso deste e/ou de seu familiar que se responsabilize pelo ato.

Os Conselhos Federal e Regionais das profissões de saúde e seus respectivos sindicatos não poderiam permitir que direitos profissionais e sociais fossem desrespeita-

dos, com ou sem anuência do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, Sistema Único de Saúde – SUS, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e do Conselho Administrativo do Direito Econômico – CADE.

Ao aceitar o esquema da reserva de mercado para serviços personalizados, o Poder Público tem participado dos desvios das finalidades da seguridade social, dos hospitais universitários e públicos de referência, daqueles privados lucrativos, das instituições filantrópicas privadas e sem fins lucrativos; todos mantidos com os reembolsos feitos com recursos da seguridade social, pagos pela execução à demanda da Saúde Pública, que é universal.

A soma transparente dos recursos sociais públicos com os privados regula os preços básicos dos serviços particulares executados sobre a Saúde Pública *essencial* segurada (médico-hospitalar integral e ambulatorial de alta complexidade e alta tecnologia) terceirizada no setor privado.

A agência reguladora ANS administra o direito à soma dos recursos sociais da Saúde Pública segurada com a particular opcional; e deve determinar, *a partir dos planos privados de referência e dos hospitais filantrópicos*, os valores *básicos* da diferença a ser paga pela personalização médico-hospitalar.

Porém, desde sua inauguração em 2.000, a ANS regula a soma dos recursos sociais para apenas 20% dos brasileiros: aqueles que pagam seguros e planos de saúde privados, a maioria através dos salários indiretos.

O INSS subsidia indiretamente os procedimentos da Saúde Pública às operadoras setoriais; essas utilizam as instalações médico-hospitalares credenciadas pelo SUS e reembolsam aos hospitais a parcela da Saúde Pública, somando-a com o pagamento dos serviços privados.

Se for implantado esse *Fundo Privado de Previdência Complementar*, o *Sistema Nacional de Saúde Complementar* deve funcionar paralelamente ao Sistema Nacional de Saúde Suplementar credenciado pelo SUS.

A ANS deve cumprir a finalidade essencial das agências reguladoras, como a ANA, ANATEL, ANEEL, ANP e congêneres, administrando e regulando a soma dos recursos sociais para toda a sociedade.

Os preços básicos dos serviços opcionais privados executados sobre a Saúde Pública terceirizada ficam transparentes e acessíveis para todos os trabalhadores.

PLANOS MÉDICO-ODONTOLÓGICOS

Lei 8.080 de 19/12/90, publicada no DOU de 20/12/90:

Art. 1º - Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito: Público ou privado.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - (...).

O *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde* tem 6 (seis) programas de depósitos.

- QUATRO PARA PLANOS MÉDICOS:
 - **Dois planos básicos ou de referência:**
 - a) - Com internação em enfermarias de três a quatro leitos.
 - b) - Com internação em enfermarias de dois leitos.
 - **Dois planos executivos:**
 - c) - Com internação em apartamentos privativos simples.
 - d) - Com internação em apartamentos privativos de luxo.
- DOIS PARA PLANOS ODONTOLÓGICOS:
 - e) - **Um plano básico** que garante prevenção, profilaxia, obturações, tratamentos de canais e de ortodontia, até o valor dos depósitos.
 - f) - **Um plano executivo** que garante também as próteses e os implantes, até o valor dos depósitos.

PLANOS MÉDICOS

Todas as pessoas podem participar, com equidade e por livre opção, do *Sistema Nacional de Saúde Complementar*.

Através desse sistema complementar opcional, a Saúde Pública terceirizada é atendida e ressarcida pelo SUS, às custas da seguridade social.

Esta representa o seguro-saúde universal pago pela sociedade através do consumo de bens e serviços, para o qual o Poder Público tem, com a coletividade, todos os deveres citados na Lei 9.656/98 para os planos de saúde privados. Esses asseguram para uma parcela dos trabalhadores os serviços particulares de saúde.

Os associados dos planos de saúde privados são internados sem a burocracia do SUS, nos hospitais que contratam profissionais especializados para executar a Saúde Pública integral socializada devida pelo Estado.

O artigo 10 da Lei 9.656/98 estabelece os planos de referência; esses são vendidos com internação a partir das enfermarias de quatro leitos e o artigo 12 faculta a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º desta lei libera um serviço médico-hospitalar padrão em nível de quartos coletivos, para ser oferecido por entidades privadas.

Neles são *somados* os recursos sociais também para os planos de referência que contratam internações privadas em enfermarias do SUS, sob regulação da ANS.

Conclui-se que a Saúde Pública pode ser personalizada com liberdade, somando recursos individuais a partir das enfermarias de quatro leitos, como é permitido para os sócios dos seguros e planos de saúde subsidiados pelo INSS; porém tendo, através do *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde*, os serviços complementares privados pagos no ato, pelos próprios trabalhadores, com os recursos programados.

Nos planos empresariais, familiares e individuais a programação deve levar em conta a idade em que os participantes começam a poupar, ou o tempo durante o qual os depósitos devem ser capitalizados.

Os planos de referência e executivos devem garantir consultas e procedimentos ambulatoriais *privados* e principalmente a demanda, sem burocracia, à Saúde Pública médico-hospitalar *privatizada*, quando ela é executada *conjuntamente* com serviços particulares opcionais (Lei 8.080/90, artigo 1º).

O benefício empresarial vinculado à Saúde Pública-privada sendo pago como salário direto, em porcentagens do salário mínimo decretado pelo Poder Público Federal, deve ser capitalizado em nome dos participantes.

Tais recursos confirmam o direito de os pacientes serem internados na Saúde Pública personalizada pelos médicos particulares, sem que estes sejam taxados de *aliciadores* de pacientes que procuram direta e exclusivamente a Saúde Pública.

A soma de serviços e recursos públicos com serviços e recursos privados deve ser regulada pela Agência Nacional de Saúde – ANS - *para 100% da sociedade*, a fim de que os valores dos serviços *particulares* sejam compatíveis com a realidade econômica do País.

O paciente participante do plano executivo que ainda não estiver capitalizado por ter iniciado o programa recentemente pode ser internado com mais simplicidade numa enfermaria de até quatro leitos, sem burocracia, por solicitação do médico particular que o assiste nas consultas.

Dentro da lei, nas 24 horas de cada dia, o atendimento médico-hospitalar integral à demanda da Saúde Pública universal devida pelo Estado é garantido no SUS, pelos reembolsos da seguridade social.

Para diminuir custos, a Saúde Pública (SUS) médico-hospitalar integral é sempre executada sob a responsabilidade dos médicos plantonistas contratados diretamente pelo setor estatal, ou indiretamente pelos empresários privados conveniados com o Poder Público para executar serviços *essenciais segurados* pelo Estado.

O atendimento médico-hospitalar da Saúde Pública é integral e nele estão incluídos os procedimentos clínico-cirúrgicos, os de alta complexidade e de alta tecnologia executados pelos plantonistas especializados, funcionários dos hospitais privados que conveniam a parcela da saúde que incumbe ao SUS.

Os procedimentos de alta tecnologia e de alta complexidade das unidades renais, das salas de cirurgia, de recuperação e das UTIs estão referenciados tendo pagamentos diferenciados, nos protocolos da Saúde Pública reembolsada pelo Poder Público no Padrão SUS.

Os hospitais privados contratados e as sociedades civis credenciadas pelos médicos especialistas conveniam reembolsos nos preços básicos do SUS; os pacientes que personalizam serviços médico-hospitalares devem assumir as diferenças cobradas para o padrão de hotelaria que solicitam.

Até 1.970 a seguridade era controlada pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e os hospitais privados recebiam reembolsos públicos, pagos através de contratos de parcerias feitos com o INAMPS.

A seguridade social indireta, administrada pelo Poder Público, subvenciona diretamente o SUS e, indiretamente, os planos de saúde privados. Esses prestam serviços suplementares privados através dos hospitais *públicos* e *privados* credenciados no Sistema Nacional de Saúde Suplementar, que funciona acoplado ao SUS.

A liberação de recursos do *Fundo de Previdência Complementar* pode ser feita para pagamentos de serviços médico-ambulatoriais e médico-hospitalares privados e profissionais que atuam na prevenção e na cura.

Os serviços dos enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas devem ter indicação médica segundo a legislação vigente e conforme as normas do SUS.

Nos *planos médicos de referência*, as consultas particulares preventivas, os procedimentos de alta complexidade, de alta tecnologia e os exames laboratoriais são prioritários.

Nas internações solicitadas pelo SUS, através da Central de Vagas é proibido somar serviços privados nas internações clínicas e cirúrgicas; mesmo quando são efetuadas nas enfermarias de quatro a dois leitos são inteiramente executadas por conta do SUS; mas elas podem ser solicitadas pelos médicos credenciados pelas operadoras setoriais que atendem clientes dos planos de referência.

Nos planos básicos ou de referência dessa opção de capitalização familiar, quando pacientes privados são internados nas enfermarias de quatro ou três leitos por solicitação de um médico particular, por equidade deve poder pagar apenas uma pequena parcela complementar pela solicitação médico-hospitalar personalizada.

Este pagamento resolve o grave problema do subfinanciamento da Saúde Pública no Brasil, que tem dificultado a atuação privada tanto das Santas Casas e dos Hospitais Benéficos, como dos hospitais lucrativos.

Nas enfermarias de dois leitos, o cirurgião e seus assistentes diretos podem ser personalizados por solicitação expressa do paciente, como acontece para os pacientes dos seguros e planos de saúde.

Esses, quando são internados em enfermarias de dois leitos podem ser operados pelos médicos que os assistem nos consultórios particulares, credenciados por aqueles planos empresariais privados.

Se necessária, a internação domiciliar que exija cuidados multidisciplinares pode ser executada pelo Programa Saúde da Família implantado pelo SUS ou por profissionais autônomos por indicação do médico que internou o paciente.

A livre concorrência médico-hospitalar deve ser feita com participação do Estado e da comunidade, a partir das consultas, dos serviços ambulatoriais liberais autônomos e das instituições médico-hospitalares filantrópicas privadas, sem fins lucrativos.

As filantrópicas são instituições particulares criadas com a finalidade essencial de ajudar a sociedade; nelas, os preços básicos dos serviços personalizados podem ser regulados pelo Estado e pela sociedade de acordo com a Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira – AMB.

O direito de pagar só o valor da diferença entre a Saúde Pública médico-hospitalar segurada e a personalização solicitada deve ser administrado pelos hospitais e pacientes; a livre concorrência se estabelece a partir das instituições filantrópicas.

Nos *planos médicos executivos*, também a Saúde Pública integral é executada e reembolsada em padrão único pelo Poder Público através do SUS; as consultas ambulatoriais, os procedimentos de alta complexidade, de alta tecnologia e os exames laboratoriais são particulares e exercidos na livre concorrência.

As internações são solicitadas nos hospitais privados em apartamentos simples, de luxo ou de muito luxo escolhidos pelos pacientes.

Nesses planos, quando o idoso ou qualquer pessoa da família tiver um problema grave e precisar internação domiciliar intensiva, o titular pode reprogramar os depósitos para os planos básicos. Ele usa a diferença mensal nas despesas multidisciplinares necessárias, guardando os recibos úteis para o ajuste do IR do ano-base e pode voltar a capitalizar mais intensamente depois que o problema cessar.

PLANOS MÉDICOS DE REFERÊNCIA

a). ENFERMARIA COM TRÊS A QUATRO LEITOS

Este plano programa internações em enfermarias de quatro ou três leitos, nos quais os pacientes pagam *somente a diferença*, perfazendo até o valor da Tabela de Honorários Médicos da AMB, pela hotelaria médico-hospitalar em instituição particular conveniada com o SUS, que já atende o Sistema Nacional de Saúde Suplementar.

Como exemplo, o depósito do benefício empresarial ou particular, dependendo da idade dos participantes, pode ser de 15% a 60% do salário mínimo básico por mês, por família de uma ou mais pessoas.

b). ENFERMARIA COM DOIS LEITOS

Este plano programa internações em enfermarias de dois leitos, nas quais os pacientes devem pagar *uma pequena diferença*, pela hotelaria hospitalar em instituição particular conveniada com o SUS. Devem pagar também ao seu médico particular que executou o atendimento especializado, até o valor da Tabela de Honorários Médicos da AMB.

Como nos planos de saúde privados, a personalização profissional deve ser permitida, podendo o médico particular do paciente interagir com os profissionais indiretos da Saúde Pública contratados pelos hospitais privados conveniados com o SUS.

Como exemplo, o depósito do benefício empresarial ou particular, dependendo da idade dos participantes, pode ser de 30% a 01 salário mínimo básico por mês, por família de uma ou mais pessoas, dependendo da idade dos participantes. Veja-se o preço dos seguros privados.

PLANOS MÉDICOS EXECUTIVOS

c). APARTAMENTO PRIVATIVO

Este plano programa internações em apartamentos privativos simples, com pagamento da *diferença complementar* contratada pelo paciente, para a personalização profissional e pela hotelaria médico-hospitalar solicitada.

A título de exemplo sugere-se que os depósitos sejam escolhidos, entre 25 a 35% do salário mínimo por mês para crianças ou jovens e a média de 01 a 02 salários por mês para pessoas de meia idade ou idade avançada.

A programação da poupança depositada no *Fundo* pode ir de 50% a 05 (cinco) salários mínimos básicos por mês por família de uma ou mais pessoas, dependendo da idade dos participantes.

Pode-se tomar por base o que é cobrado pelos seguros-saúde e pelas operadoras setoriais privadas.

d). APARTAMENTO PRIVATIVO DE LUXO

quem capitalizados de acordo com as suas exigências.

e). PLANO ODONTOLÓGICO BÁSICO

As empresas ou os próprios usuários devem programar recursos para prevenção e serviços odontológicos dos familiares.

A título de exemplo, sugere-se que as empresas ou os titulares independentes possam programar um depósito de 03 a 05% do salário mínimo básico por mês, por pessoa da família.

f). PLANO ODONTOLÓGICO EXECUTIVO

Neste caso os depósitos devem ser maiores e garantir recursos para prevenção, serviços odontológicos dos familiares e próteses que incluam serviços de estética e implantes.

A título de exemplo, as empresas ou os titulares independentes podem programar um depósito de 10% a 15% do salário mínimo básico por mês, por pessoa da família.

NORMAS PARA ADMINISTRAÇÃO

DO FUNDO PRIVADO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR PARA A SAÚDE

() (, - - 0) 1 3 (

Este plano é necessário a fim de que ambas as categorias, médicos e hospitais privados recebam pelos serviços feitos para a seguridade social, que se somam aos serviços particulares opcionais, como está previsto em vários artigos da Constituição Federal e alicerçado, para a área da saúde, no Título VIII, artigos 193 ao 201.

A garantia deve ser dada quando este *Fundo Privado* for implantado pelo Estado, sob administração do Banco Central, regulamentação da Secretaria de Previdência Complementar (SPC) e terceirização para os bancos privados feita através do Banco do Brasil e/ou da Caixa Econômica Federal, sob fiscalização da Associação Nacional de Previdência Privada (Anapp).

Desta forma foram criados e terceirizados os demais *Fundos*, sistemas e programas federais, tais como os de Aposentadoria Complementar – Previdência e Vida ou Aposentadorias, os Sistemas: Nacional de Habitação, de agricultura e pecuária, Finame, créditos para a exportação e tantos outros.

-7 3 1) 93 - 7 - - 7) 1) 0 (

Deve funcionar tendo equidade nos deveres e direitos conferidos pelo Poder Público aos sócios dos seguros e planos de saúde privados, quanto à soma dos serviços e recursos sociais: dos públicos coletivos aos privados individuais.

Aqueles planos privados e as ONGS (OSs ou Ocips) filiadas à Associação Brasileira de Organizações não Governamentais - ABONG - e ao Grupo de Institutos, Fundações e Empresas – GIFE - executam serviços médico-odontológicos e, via de regra, têm a participação direta ou indireta dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde – Sistema Único de Saúde - SUS, Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, da Justiça - PROCON, do Trabalho - Sindicatos, da Fazenda – Secretaria da Receita Federal, Banco Central, Conselho Administrativo do Direito Econômico - CADE, Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e outros representantes da coletividade.

São regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Superintendência dos Seguros Privados - SUSEP, Associação Brasileira de Medicina de Grupo Empresarial – ABRAMGE e pelo Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo – SINOG.

Este *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde* deve estimular a livre iniciativa e a livre concorrência, na área da saúde, o que o qualifica, pois também para os consumidores de serviços de saúde é a concorrência que regula os preços privados.

Neste caso, o benefício empresarial deve ser pago com salários diretos e não deve

-) (-7 - (B), 0 P 1)

Sobre o valor do salário-benefício pago como salário indireto, não incide a Contribuição Previdenciária ao INSS (20% sobre o limite de 10 salários mínimos), nem a parcela média de 2% que garante o seguro sobre os acidentes de trabalho - SAT.

A quantia de 22% repassada nas mensalidades dos planos de saúde privados corresponde ao *subsídio* oferecido pelo INSS. Este socializa os serviços particulares, pagando antes a saúde pública médico-hospitalar integral segurada pelo Estado.

Então, da parcela relativa a este salário-benefício pago como salário direto, deve ser descontado do funcionário o valor proporcional de 20%, que será somado como sendo da previdência social para a saúde. A empresa, fiel depositária, deve recolher à Secretaria da Receita Federal através da Guia de Previdência Social – GPS.

Também deve ser recolhida à Receita Federal a parcela de 01 a 03% (média 02%) que as empresas, exceto as enquadradas no simples, pagam no SAT.

Se recolhidas aos cofres públicos, devem garantir que o Estado tenha recursos para executar diretamente ou reembolsar os hospitais privados, que complementam o SUS na execução da Saúde Pública, através das parcerias público-privadas - PPPs.

Fica evidente que este *Fundo Privado de Previdência Complementar* é benéfico para as contas públicas, pois o Estado só precisa ter alguns hospitais estatais e universitários, para executar pesquisas e referenciar os protocolos dos procedimentos públicos terceirizados pelo SUS.

O Sistema Único de Saúde é responsável pela administração e execução integral ética, eficiente e gratuita da Saúde Pública isolada, que é complementar para os serviços suplementares ou complementares privados:

- A forma isolada deve ser executada para todos os pacientes internados, porque ela é pré-paga pela coletividade de forma igual, compulsória e indireta. A Saúde Pública é socializada (universal) e os reembolsos públicos *devem garantir todas as internações médico-hospitalares* para os procedimentos protocolados pelo Ministério da Saúde.
- A forma conjunta é opcional, constitucional e legal, pois soma os procedimentos públicos integrais terceirizados, pagos em valores únicos do Padrão SUS, com os serviços suplementares ou complementares privados opcionais que, dentro da lei, não podem ser proibidos aos usuários (consumidores) do setor privado.

3A - 1 3

Uma quantia mensal pré-determinada, da mesma forma que se paga um seguro ou plano de saúde; ou pode-se fazer um depósito inicial maior, no valor pretendido e depois depositar um valor mensal programado.

Esses valores podem ser reforçados espontaneamente, sempre que se pretender reforçar o *Fundo* e usufruir do benefício de desconto no pagamento do IR sobre uma determinada quantia ganha durante o ano.

3A - Q

1. As empresas públicas ou privadas, que pagam uma parcela do salário como benefício vinculado à saúde privada; porém os trabalhadores devem poder optar por receber o salário-benefício à saúde particular por via indireta ou direta.
2. Os titulares independentes, que podem dar autorização para que os débitos sejam lançados em suas contas bancárias.

3A) 1 (

Todas as pessoas que não pagam às operadoras setoriais e são internadas através do SUS podem programar-se, aderindo ao *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde*, a fim de personalizarem a Saúde Pública terceirizada pelo SUS nos hospitais privados.

Hospitais privados que conveniam a execução da Saúde Pública têm o *dever* e o *direito* de executá-la com universalidade, sob a solicitação da classe médica liberal autônoma, porque são, em parte mantidos com recursos sociais coletivos.

A classe médica pode solicitar internação diferenciada para a clientela de seus consultórios particulares, que se programou para somar serviços e recursos sociais públicos coletivos aos individuais, nos hospitais privados, como fazem os médicos credenciados pelos planos de saúde.

Os clientes particulares jamais podem dizer que foram influenciados a se internarem solicitando serviços diferenciados, porque foram eles que fizeram a adesão antecipada no *Fundo de Previdência Complementar*, como faz o consumidor que paga seguros e planos de saúde empresariais privados.

7) 1) 7 0 0 () () , - () (- 93 - - ?

Cartões individuais devem garantir equidade de deveres e direitos à soma de serviços e recursos sociais públicos e privados, sob administração regulatória da ANS.

O cartão não tira do portador a qualidade de cliente particular de seu médico; apenas integra a ambos no SUS através da previdência complementar.

Os cartões devem ser apresentados nos hospitais para serem consultados; se as pessoas estiverem inadimplentes, se desligando a pedido, ou por falta de pagamentos mensais, os cartões podem ser recusados.

Quando o titular mudar de plano, os hospitais devem ser informados na hora das consultas e internações.

3(0) 7 0 - 0 - 7) 1) 0 (- -7

No setor privado, as internações médico-hospitalares podem ser remanejadas e executadas em planos de menor ou maior valor agregado daquele que foi programado.

Quando solicitadas num plano superior ao que foi contratado, o paciente deve pagar a *diferença complementar*, no ato, com cheque pessoal contra recibo e pedir resgate, compensando o recibo no banco, ou deixando para apresentá-lo na declaração de IR daquele ano-base.

Isto pode acontecer quando os pacientes ainda não estão capitalizados porque estejam poupando há pouco tempo, ou porque estejam sem poder manter os depósitos nos planos escolhidos, ou porque queiram solicitar mais conforto do que programaram.

De acordo com a necessidade, qualquer plano pode ser utilizado, mais na prevenção ambulatorial e menos na execução da Saúde Pública médico-hospitalar essencial e vice versa.

Os pacientes são os gestores de seus recursos, sendo preciso ter bom senso para solicitar serviços diferenciados mas, via de regra, as pessoas costumam ter discernimento ao gerir suas despesas.

Em casos de doenças graves e demoradas, mesmo os participantes dos planos executivos podem depender quase exclusivamente dos serviços médico-hospitalares públicos, que a coletividade pré-paga.

Quando optam por serem atendidos por médicos particulares nas consultas e nos tratamentos preventivos, basta que personalizem uma pequena diferença aos hospitais privados conveniados, nas internações solicitadas por seus médicos particulares em enfermarias de quatro leitos referenciadas e protocoladas pelo SUS.

A despesa do INSS continua igual porque, se as pessoas nunca tiveram ou porque estejam, no momento, sem planos de saúde, elas são atendidas de graça nas enfermarias do SUS, pois têm direito à Saúde Pública integral.

- 1) 3(0) 0 3E - () - B - 93 - 7 - - 7?

Eles podem ser utilizados com liberdade; porém, unicamente para cobrir consultas médico-odontológicas particulares, despesas ambulatoriais e médico-hospitalares, de acordo com os planos programados.

Para garantir e facilitar o pagamento, à vista, das consultas, de exames preventivos e/ou clínicos de alta tecnologia ou de alta complexidade, o Banco Central pode instituir o CHEQUE-RECIBO, que deve ter valor compatível com os planos de depósitos contratados com o *Fundo*; o valor dos cheques deve ficar reservado nos recursos do *Fundo*, como se faz numa conta bancária, para os cheques administrativos; porém, tendo os rendimentos atualizados até o resgate.

- O cheque-recibo deve ser pré-grafado e cruzado em preto para depósito exclusivo na conta do profissional consultado e, quando cobrado, deve equivaler à compensação do recibo para fins de IR.
- Deve ser nominal, tendo lugar determinado no verso, para o carimbo com o nome e os números: do Conselho Regional e do CPF do profissional que o receber, além do nome do cliente, o número de seu cartão de identificação e os serviços executados;
- Os pagamentos médico-hospitalares podem ser transferidos para a conta dos hospitais mediante relatório enviado pelo nosocômio, com o nome e o número do cartão do paciente, os procedimentos prestados e o aceite do titular; ou resgatados mediante a compensação dos recibos pagos com Cheques pessoais.

***FBE* - Ø 1 - 3 (() 3 - - -**

Os salários-benefício poupados continuam rendendo dividendos e podem ser gastos em serviços privados, enquanto houver *fundos*, ou até que o cidadão arrume outro emprego e volte a capitalizar.

Mesmo o titular estando desempregado ou em dificuldades momentâneas, a sociedade continua pagando pelas contribuições previdenciárias *indiretas* ao INSS e à Receita Federal (COFINS) e *diretas* da CPMF e porcentagens das loterias, que garantem a seguridade social.

O Padrão SUS é constitucional, socializado e compulsório; portanto o paciente sempre tem direito à saúde estatal, executada em fila e padrão únicos, tenha ou não algum plano de saúde suplementar ou de previdência complementar.

Complementar com recursos do *Fundo Privado de Previdência Complementar* os procedimentos públicos executados no setor privado, acima do que é reembolsado pelo SUS, é tão lícito quanto é suplementar através dos seguros e planos de saúde empresariais privados.

Os participantes inadimplentes do *Fundo de Previdência Complementar* continuam com o direito de solicitar a internação numa enfermaria de dois, três a quatro lugares, ou em apartamentos privativos; entretanto, como qualquer pessoa, o sócio que aderiu a este *Fundo Privado* mas, por inadimplência precisar ser internado nas enfermarias coletivas contratadas para serviços exclusivos do SUS, deve enfrentar a burocracia estatal.

Neste caso, o leito hospitalar deve ser solicitado através da Central de Vagas do SUS e o paciente precisará da aprovação prévia dos médicos contratados diretamente pelo Estado.

Esses são plantonistas dos ambulatórios e pronto-socorros do SUS; devem solicitar internações inteiramente gratuitas, nos hospitais estatais e nas enfermarias coletivas conveniadas, nos privados.

Seja reembolsando diretamente aos hospitais como fazia o INAMPS ou indiretamente como faz o Poder Público, através do SUS e das operadoras setoriais, a despesa da Saúde Pública é sempre igual, porque é dever do Estado pagar, em padrão único, os 185 milhões de cidadãos que assegura.

Nas enfermarias coletivas contratadas pelo SUS nos hospitais estatais e privados, os

atendimentos clínico-cirúrgicos e todos os procedimentos de alta complexidade e de alta tecnologia são executados absolutamente de graça, no padrão protocolado pelo SUS, pelos médicos plantonistas da Saúde Pública.

Quando os médicos que atendem consultas ambulatoriais particulares solicitarem internações para os trabalhadores participantes do *programa de capitalização familiar*, nas enfermarias de quatro a três leitos dos hospitais privados, esses serão atendidos somente pela saúde pública terceirizada.

Nas enfermarias referenciadas pelo SUS será cobrada uma pequena diferença hospitalar, quando o atendimento é feito por solicitação do médico particular do paciente, através dos *planos privados de referência*.

A pedido dos pacientes, sem acrescentar custos, os médicos podem fazer a interação profissional com os colegas da Saúde Pública médico-hospitalar terceirizada, vez que esses nunca viram a pessoa que foi internada.

Após as internações, os médicos credenciados pelo Estado, poderão continuar a atendê-los nos seus consultórios particulares, orientando sua recuperação. A confiança do paciente no médico é um princípio básico da medicina.

Os associados dos planos de referência e executivos que forem internados a partir das enfermarias de dois leitos devem pagar as complementações médicas e hospitalares de acordo com o tipo de hotelaria escolhida em cada instituição hospitalar.

F 1 (3E 70 - 10 , - (- -

Pela lógica, o desconto sobre o IR deve ser feito com equidade ao que é permitido para os sócios das operadoras setoriais e para os Fundos Privados de Previdência Complementar para Aposentadorias.

Deve ser solicitado que a Secretaria da Receita Federal conceda um desconto na declaração de ajuste do Imposto de Renda, proporcional ao valor informado pelo banco depositário, do que foi reservado durante o ano para despesas com a saúde.

Os recibos que estiverem em mãos dos clientes podem ser declarados para obterem o desconto no IR a ser pago.

Os cheques-recibo e os recibos compensados já tiveram o desconto do IR feito nos depósitos do *Fundo de Previdência*, por isto ficam retidos, a fim de que não sirvam para a obtenção de mais um desconto.

I 1 - 0 01) (- (00 1 00 B 30- 93 - -7

O que não for utilizado para tratamentos ambulatoriais e internações do titular ou de sua família deve ser transferido por herança e continuará vinculado à saúde, sob a responsabilidade de um novo, ou novos titulares.

Os herdeiros são os descendentes e parentes registrados pelo titular no *Fundo*; ou se ele não tiver parentes diretos, o *Fundo* é herdado de acordo com a linha sucessória.

Os novos titulares familiares ou individuais podem manter os depósitos mensais, ainda que seja num plano básico, a fim de continuarem com direito e recursos à Saúde Pública médico-hospitalar executada conjuntamente com serviços complementares privados.

Contudo, enquanto existirem recursos poupados, os titulares podem utilizá-los pagando serviços médicos ou odontológicos, de acordo com os planos que possuem, compensando os recibos nos resgates.

30 0 01 - 1 -)X , - (93 - - 7) 1)

A administração tem custos, que devem ser compatíveis com o que os bancos recebem para administrar os outros fundos, criados e fiscalizados pelo Banco Central, Superintendência de Seguros Privados, Secretaria de Previdência Complementar e Associação Nacional de Previdência Privada.

O rendimento das cadernetas de poupança é desprovido de cobranças diretas ao poupador, mas elas rendem pouco e as pessoas não têm regras, nem garantia do direito à Saúde Pública médico-hospitalar *conjunta*, ou do desconto prévio do IR sobre a quantia poupada durante o ano fiscal que as estimulem a poupar.

No médio prazo, as famílias participantes deste *Fundo Privado de Previdência Complementar* ficam capitalizadas para personalizar a Saúde Pública que é segurada em padrão único pelo Estado.

ARTIGOS DA CONSTITUIÇÃO /88 QUE NÃO ESTÃO SENDO RESPEITADOS NA OBTENÇÃO DA SAÚDE

Salientam-se os pontos básicos para os prestadores e consumidores (pacientes/usuários) de serviços públicos e privados, quanto aos direitos: individuais e coletivos de cidadania: humanos fundamentais à igualdade, à liberdade e à propriedade, além dos direitos: sociais, econômicos e previdenciários, essencialmente na obtenção da saúde, inseridos nos artigos: 1º, II, III, IV; 2º; 3º, I, II, III, IV; 4º, I, II, VII, VIII; 5º, II, III, XIII, XXXII, § 1º da Constituição Federal e os direitos sociais individuais e coletivos determinados nos artigos 6º; 7º, IV, V; 22, XXIII, 24, XII; 30, VII; 37, II; 60, IV; 70 § único; 71, II, V, VI; 167, IV, XI; 170, II, III, IV, V, VII, VIII, § único; 173, § 4º, § 5º; 174; 175; 192, VI; 193; 194, I, II, III, IV, V, VI, VII; 195, I, II §§ 1º, 2º, 3º; 196; 197; 198, I, II, III, §§ 1º, 2º, 3º; 199, § 1º, § 2º, § 3º; 200 incisos de I ao VIII e 201, I, do mesmo diploma legal e que não estão sendo considerados; como também não têm sido levadas em conta normas expressas nas Leis citadas na bibliografia.

ANÁLISE DAS TRÊS OPÇÕES

1ª OPÇÃO – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

A seguridade social compreende um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

A complexa área da saúde é organizada num sistema público - Sistema Único de Saúde integrado pelas três áreas do governo: Federal e Distrito Federal, Estaduais e Municipais.

Os recursos coletivos devem pagar os procedimentos socializados da *Saúde Pública* executados em fila e padrão únicos no setor estatal e reembolsar à *Saúde Pública essencial* terceirizada nos hospitais privados, parceiros do Estado.

O Poder Público garante, segura, administra, executa, terceiriza, regula, fiscaliza e reembolsa os procedimentos da *Saúde Pública*, que devem ser integrais, éticos, eficientes, impessoais e gratuitos, porque são pré-pagos pela sociedade às três áreas de governo, através dos impostos, taxas e contribuições com finalidades sociais, tais como:

1. Impostos diretos: IPTU (municipal) e ICMS (estadual) que contemplam o setor ambulatorial estatal e o desconto sobre o IR (federal) que é oferecido aos pacientes do setor privado, que não sobrecarregam os ambulatórios públicos;
2. Contribuições sociais destinadas a assegurar a Saúde Pública médico-hospitalar integral, recolhidas ao Tesouro Nacional;
 - Diretas como a CPMF recolhida sobre a movimentação financeira de todos os cidadãos;
 - Indiretas como a Contribuição Previdenciária Social ao INSS recolhida sobre as folhas de pagamento, a COFINS, recolhida sobre o faturamento das empresas e porcentagens sobre as loterias.

O Fundo de Investimento Social, (FINSOCIAL), foi reformulado inúmeras vezes desde as Leis Complementares nº 7, de 7 de Setembro de 1970 e nº 8, de 3 de Dezembro de 1970, Decreto-Lei nº 1.940, de 25 de maio de 1982 e a *Lei Complementar Nº 70, de 30/12/91*, que Institui Contribuição para Financiamento da Seguridade Social, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1.988. O Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1.999 aprova o Regulamento da Previdência Social.

Esse revoga o *Decreto 3.099* de 28/04/99 e mais uma vez é determinado o acesso universal e igualitário, além de participação da iniciativa privada na assistência à saúde, em obediência aos preceitos constitucionais.

Vacinações coletivas, pulverizações, saneamento básico, assistência social, distribuição de medicamentos, saúde da família, e bolsas para alimentação são Programas de Governo.

As consultas ambulatoriais, procedimentos de pronto-socorro e também a Saúde Pública médico-hospitalar integral, que inclui os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e de alta tecnologia segurados pelo Poder Público devem ser executados *absolutamente de graça* nos hospitais públicos.

No Padrão SUS a Saúde Pública médico-hospitalar integral é *serviço público socializado, de direito público exclusivo*, seja executada nos órgãos do governo, ou terceirizada em quaisquer instituições médico-hospitalares privadas, que tenham ou não fins lucrativos.

A Saúde Pública é conveniada com os hospitais privados e esses deveriam ter a obrigação de oferecê-la de acordo com os protocolos e reembolsos do SUS, a *todas* as pessoas internadas pela classe médica liberal autônoma.

Os médicos são credenciados no mínimo 6 (seis) vezes pelo Estado, através do MEC, Conselhos Federal e Regionais de Medicina, Prefeituras, ANVISA e SUS.

Os serviços clínico-cirúrgicos da Saúde Pública universal conveniada para ser executada de graça nos hospitais privados têm os valores dos reembolsos determinados nos hospitais universitários e estatais de referência.

As enfermarias coletivas contratadas com o SUS devem ser absolutamente gratuitas; nelas os médicos dos ambulatórios e dos pronto-socorros estatais solicitam internação através da Central de Vagas, para os pacientes que a solicitam nos órgãos públicos, aos quais é proibido personalizar serviços.

A Saúde Pública médico-hospitalar segurada é terceirizada pelo Poder Público para ser reembolsada em preços únicos pela seguridade social, às custas do Estado, depois de ser executada de graça e fiscalizada.

É direito de cidadania que, se em padrão único impessoal e gratuito a Saúde Pública é dever do Estado, que segue o *princípio da universalização* dos serviços, quando executada no setor privado ela possa ser qualificada, para satisfazer exigências profissionais, pessoais e sociais.

Nos serviços médico-hospitalares executados conjuntamente com serviços e recursos privados, a Saúde Pública segurada deve ser oferecida também como complemento estatal gratuito dos serviços privados.

Organizações privadas, com ou sem fins lucrativos, são responsáveis pela execução socializada gratuita dos procedimentos conveniados com o Estado.

É constitucional que a Saúde Pública seja diferenciada na livre concorrência; porém, ela tem sido personalizada e somada com recursos privados, com reserva de mercado. *Isso é inconstitucional.*

Quando há necessidade de internação domiciliar, ela é orientada e desenvolvida no SUS através do Programa Saúde da Família, do Governo Federal.

Parcerias público-privadas são leais, quando o Estado habilita hospitais particulares e sociedades civis ou consultórios de profissionais de saúde para que eles trabalhem

por livre iniciativa.

São desleais quando, em vez de contratar diretamente os profissionais de saúde que trabalham dentro de órgãos públicos, o Poder Público, amparado na Lei 9.790/99 os contrata através de determinadas Organizações Sociais de Interesse Público, sem fins lucrativos (OCIPs, ou OSs).

É inadmissível que, se o Poder Público é competente para fiscalizar mais de 5.000.000 (cinco milhões) de empresas privadas, seja incapaz de fiscalizar a saúde estatal executada em cerca de 7.397 (sete mil trezentos e noventa e sete) hospitais, que é terceirizada em 4.800 (quatro mil e oitocentos) hospitais privados - 65% deles, distribuídos entre os 5.565 municípios. (*Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária 2002* - RJ: IBGE, 2004, p. 28, 29 e 30).

O SUS é um grande sistema de saúde; ele tem qualidades quase infinitas e executa um trabalho muito competente de gestão municipalizada, porém ocasiona discriminação porque nega equidade de direitos, quando não distingue efetivamente o que é direito público e direito privado.

Os gestores do SUS impõem uma premissa equivocada e, a partir daí, a equação pode ser grandiosa, mas o resultado é desalentador exatamente por discriminar a parcela da população que, não tendo plano de saúde privado, deveria, como os sócios daqueles, contar com o SUS, na obtenção da Saúde Pública médico-hospitalar integral *somada, no setor privado*, com serviços particulares opcionais, escolhidos na livre concorrência.

O SUS não poderia tirar, dos profissionais de saúde, direitos iguais aos dos demais trabalhadores do País; nem permitir que prerrogativas da classe médica à internação médico-hospitalar fossem reservadas para um grupo de médicos, os quais o Estado privilegia, permitindo que recebam recursos privados, até por serviços que prestam dentro dos hospitais públicos.

Há diferenças entre a atuação da Ordem dos Advogados do Brasil no exemplo da secção de São Paulo e o CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: aquela defende as prerrogativas dos advogados ali inscritos como profissionais liberais. Por outro lado, o Cremesp parece se não ter dado conta de que, enquanto órgão de defesa da classe, cabe a ele lutar pela autonomia da classe médica e pelo direito de cada médico internar seus pacientes onde lhe aprouver.

Eis as palavras do advogado Dr. Luiz Flávio Borges D'urso, Presidente da OAB secção de São Paulo:

Conclamamos a classe a permanecer em estado de mobilização para resistir a todo tipo de investida contra o exercício da advocacia... – ... É ilegal e, portanto inadmissível a proposta de gravar as conversas entre advogado e cliente... – ... a OAB-SP não transigirá na defesa das prerrogativas profissionais dos advogados.... - ... Portanto, quando falamos em defender a advocacia, não estamos exigindo imunidades ou privilégios, queremos apenas que as autoridades ajam dentro da legalidade e respeitem as regras impostas pela Constituição e pelo legislador ordinário (Jornal do Advogado número 306, Ano XXXI – Maio de 2.006, p. 6).

Se o advogado particular e o preso (confinado por ser ladrão, estuprador, assassino, narcotraficante) têm todos os direitos, o médico particular e o enfermo (impotente, muitas vezes inconsciente), também têm o direito de, nos hospitais privados, optar e usufruir, juntos, da assistência do médico particular de confiança somada à assistência da saúde pública médico-hospitalar integral segurada por toda a sociedade.

O médico irá interagir conjuntamente com os profissionais da Saúde Pública referenciada, protocolada e terceirizada, na fase de sofrimento e mesmo na hora final de seu paciente.

2ª OPÇÃO – SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Esta opção tem sido representada pelas operadoras setoriais privadas, que compreende os seguros e planos de saúde privados socializados.

Ela é garantida pelo INSS, SUS, ANS, CADE e pelos hospitais públicos e privados que atendem à Saúde Pública somada com serviços privados.

Quando o benefício à saúde é pago em salários indiretos subsidiados pela Contribuição Social Previdenciária ao INSS, os recursos destinados à administração pública continuam no setor privado.

Eles passam a formar a receita inicial e corrente das seguradoras e das operadoras setoriais de seguros e planos de saúde, com fins lucrativos, por serviços públicos que ainda nem foram executados, quando o Estado deveria pagar somente serviços comprovadamente terminados.

Em lugar de os recursos (Previdenciários) do INSS e o do seguro patronal sobre acidentes de trabalho - SAT - formarem a receita das operadoras setoriais, que são empresas lucrativas, eles deveriam ser recolhidos para serem utilizados pelo SUS, somente depois de efetuadas as internações e procedimentos médico-hospitalares.

A infra-estrutura médico-hospitalar que o SUS habilita para o Sistema Nacional de Saúde Suplementar tem sido reservada para atender também através dos planos de saúde privados, a 20% dos trabalhadores.

Através daquelas operadoras setoriais são somados serviços e recursos estatais com individuais suplementares.

Os seguros e planos de saúde privados são opcionais e seguem as normas do Sistema Financeiro reguladas pelo Banco Central e pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

- Os serviços personalizados são pagos pelos empresários como um benefício, sobre o qual o governo subsidia serviços privados.
- As operadoras setoriais vendem serviços personalizados através de contratos privados socializados, executados, administrados e regulados pelo Estado, através de INSS, SUS, BC, SUSEP, CADE, SDE, ANS e PROCON.
- Como o SUS tem uma política de pagamentos modestíssimos nas despesas da Saúde Pública, os planos de saúde atuais reservam as consultas particulares e pagam valores maiores para os hospitais, com pequena diferença médico-hospitalar para cobrir o custeio.
- Essas operadoras reservam e utilizam a infra-estrutura médico-hospitalar pública e privada do País a partir das enfermarias de quatro leitos.

3ª OPÇÃO – SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR

Se implantado pelo Poder Público Federal, deve ser garantido pelo Tesouro Nacional através de: INSS, SUS, SPC (Secretaria de Previdência Complementar) e hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, que conveniam parcerias públicas-privadas – PPPs.

A demanda da Saúde Pública é universal e a médico-hospitalar é conveniada pelo SUS com os hospitais privados, porque o Estado administra os recursos sociais.

Porém, cada hospital privado é responsável pela sua administração exemplar e pelos trabalhos de qualidade que oferece a fim de conquistar clientela própria que opte por diferenciar os serviços socializados devidos pelo Estado. Assim é garantido um rendimento justo que compense o investimento.

Nas condições econômico-sociais do País, na atualidade é *utopia* considerar que o Estado tenha condições de pagar Saúde Pública integral que satisfaça necessidades e exigências de 185 milhões de pessoas.

A Constituição garante à sociedade e confirma, entre os artigos 193 e 201, o direito do cidadão, à saúde, devido pelo Estado e livre à iniciativa privada; e as leis 8.080/90 e 8.142/90, determinam a Saúde Pública isolada e conjuntamente com serviços privados. Esses dependem de participação da comunidade.

Os trabalhadores que são atendidos na Saúde Pública integral dos hospitais privados conveniados pelo SUS e *proibidos de compartilhar* dos serviços do SUS, nos serviços particulares que solicitam, como fazem os que têm planos de saúde privados *socializados*, integram o objeto desse novo plano de saúde - *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde*.

Nele, uma parcela de trabalhadores pode aderir à capitalização mensal de uma quantia para pagar à vista o atendimento particular que complementa o atendimento pelo SUS e pelos planos de saúde.

O usuário co-participa com o Estado no setor privado, como fazem os que têm planos de saúde privados *socializados*, porém escolhe livremente o seu médico e este continua, no consultório, a exercer a medicina liberal autônoma.

O fato de existir um serviço único de saúde cuja gestão é pública e uma quantidade de planos privados não pode tirar dos médicos a possibilidade de exercerem, *tendo oportunidades iguais*, a profissão liberal para a qual se prepararam, diga-se, no curso universitário mais longo e de ensino prático-teórico mais denso do Brasil, (seis anos de Faculdade, período integral, plantões de 24 horas, atendimento noturno, residências, pós-graduações e a experiência conseqüente. Tudo conduz à necessidade de atualização constante...).

Entre 20 a 50% de pessoas que pertencem à classe média e não pagam planos de saúde podem ter uma nova opção, a fim de se programarem para somar a Saúde Pública reembolsada pelo Estado, no Padrão SUS, com serviços complementares.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

010-) (NP

Até 1.970, todas as pessoas, como agora, podiam ser internadas gratuitamente nas enfermarias coletivas.

A *personalização* da Saúde Pública era contratada nos consultórios dos médicos liberais autônomos e estes solicitavam, *sem burocracia*, fora das enfermarias dos hospitais privados, a internação das pessoas adoecidas.

Aos trabalhadores, bastava terem a carteira de trabalho assinada para serem internados por solicitação de seus médicos particulares; e personalizarem, com liberdade, a Saúde Pública que era reembolsada diretamente pelo INAMPS.

Entretanto, depois da implantação da *seguridade social coletiva*, que garante recursos pré-pagos com finalidades sociais pelos consumidores, de forma indireta, socializada, igual e compulsória, todas as pessoas passaram a ter direitos iguais, sendo legalmente indiferente que tenham, ou não, a carteira assinada.

Todos os trabalhadores passaram a ter o direito e o Estado a ter o dever de oferecer oportunidades iguais a todos os cidadãos, para que eles escolham, *com igualdade de oportunidades*, se querem ser atendidos só pelo SUS ou contratando serviços personalizados e opcionais.

, 3) - 10 - () P

A seguridade social, através da movimentação financeira bancária CPMF, da Contribuição Social (Previdenciária) ao INSS, Contribuição com Finalidades Sociais, COFINS e porcentagens sobre o faturamento das loterias.

As operadoras setoriais são pagas pelos salários indiretos, subsidiados pela Contribuição Social Previdenciária ao INSS, como benefício. Esse subsídio é inconstitucional, pois o Estado não pode permitir pagamento a empresas com fins lucrativos por serviços que ainda não foram executados.

Quando os trabalhadores querem alguma diferença no padrão do plano oferecido ou no momento das internações, que não conste no seguro privado contratado pelas empresas, ou por eles, esta diferença é uma *nova* suplementação, desta vez paga com recursos privados dos seus salários diretos, para *completar* o pagamento da soma dos serviços privados solicitados.

A Contribuição Social Previdenciária ao INSS sendo recolhida, tem a finalidade de garantir os reembolsos através do Sistema Único de Saúde.

3E Q 0) , R - 0) P

O SUS proíbe suplementações nos hospitais estatais e nas enfermarias coletivas que ele contrata com os hospitais privados porque a Saúde Pública já foi paga pela coletividade nesse padrão; e os trabalhadores que precisam depender exclusivamente delas devem receber a Saúde Pública integral, incluindo procedimentos preventivos e internações clínicas, cirurgias, recuperação e UTI, sem pagar mais quantia alguma.

Mas tem sido feita uma manobra, calcada na Portaria PT/MS/SAS nº 113 de 04/09/97, como se os hospitais e a classe médica fossem proibidos de personalizar a Saúde Pública conveniada pelo SUS, em quaisquer aposentos hospitalares privados do País.

Passa-se a impressão de que as operadoras setoriais pagam os hospitais exclusivamente com recursos privados e que os hospitais universitários, os públicos de referência e o Sistema Nacional de Saúde Suplementar não fazem parte do SUS.

Ocorre abuso do poder quando se permite internar pacientes que pagam serviços personalizados nos hospitais públicos, conferindo privilégios privados através de algumas instituições filantrópicas ou organizações sociais que se registram como empresas sem fins lucrativos.

É inconstitucional, desleal e imoral que elas sejam usadas para desviar as finalidades essenciais da seguridade social e também do 3º setor de direito privado. Este é criado para beneficiar pessoas de todas as classes sociais, não para destruir quem executa serviços públicos privatizados.

3A) P -) (S U R 0) , -

Na 2ª opção (*seguros e planos de saúde privados socializados*), os pagamentos são feitos a fundo perdido; os serviços são executados *com reserva de mercado*, de acordo com o que os planos de saúde autorizam.

Através da 3ª opção (*Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde*), os pagamentos são capitalizados em nome do titular e os serviços são executados por livre iniciativa e na livre concorrência.

Não há reserva de mercado, nem discriminação de espécie alguma, pois nada é mais estimulante do que usufruir da liberdade e da igualdade de direitos; os serviços complementares privados podem ser contratados diretamente com os profissionais e os hospitais particulares que os executam.

Os hospitais recebem o reembolso Estatal através do SUS e os trabalhadores devem ficar atentos a que estão recebendo os serviços e os reembolsos da seguridade social. Nesse plano, os chefes de família são gestores de seus recursos e devem pagar, no ato, *somente o valor da diferença* equivalente aos serviços particulares que solicitaram.

3A) (7 (- U , 93 - 7) - - P 7) 1) ?

A Saúde Pública conjunta deve ser executada com transparência, somando serviços e recursos públicos e privados na livre concorrência real, alicerçada em oportunidades iguais para hospitais, profissionais e pacientes.

Nesta 3ª opção, os reembolsos do Governo aos dos serviços médico-hospitalares integrais são pagos diretamente aos hospitais privados, *sem intermediários*, somente depois de o trabalho ser executado. Ela é benéfica, pois o Estado tem mesmo que reembolsar a Saúde Pública, que é pré-paga por 100% dos trabalhadores, porque poucos têm recursos para pagar serviços privados; por isso ela é segurada.

O Estado não vai precisar ter mais do que hospitais universitários, alguns de referência e outros em regiões inóspitas, onde o setor privado pode não ter interesse em tê-los,

porque as comunidades muito pobres não têm condições de colaborar para sua manutenção.

O SUS não precisa nem deve executar diretamente toda a Saúde Pública do País; isto é impossível em serviços tão complexos e imediatos; mas ele deve ser gerido corretamente, porque a sociedade regula os preços das consultas e dos serviços das internações médico-hospitalares particulares através da co-participação que permite a soma dos recursos públicos e privados.

Este *Fundo de Previdência Complementar* é uma opção para a qual os hospitais privados são intermediários diretos entre o Governo, os usuários (consumidores) e a classe médica liberal autônoma.

Esta opção permite incluir a classe média, vez que já existe um seguro oficial socializado que garante o Padrão SUS integral; os *pacientes precisam complementar somente a* personalização profissional e/ou de hotelaria hospitalar.

Os serviços médico-odontológicos privados de baixa e média complexidade executados nos consultórios não são pagos com recursos da seguridade social.

Nos ambulatórios do SUS eles são pagos com recursos de impostos estaduais e municipais; e para os serviços prestados nos consultórios particulares, o governo compensa o valor da Saúde Pública oferecendo desconto no IR, sobre os recibos profissionais.

Ø P⁰) 3E J 1 Ø0) - -7 1 (B - X

É norma que, se as pessoas pararem de pagar um plano de saúde por sessenta dias às operadoras setoriais, perderão o direito de somar a Saúde Pública médico-hospitalar com serviços e recursos privados.

Existem planos de saúde, como o NIPOMED, o extinto SINAM da Associação Médica Brasileira e o plano atual da APM, o SINASA, que funcionam como as operadoras setoriais, *sobre a base médico-hospitalar do SUS.*

Eles reservam o mercado em parcerias com alguns profissionais, clínicas, laboratórios de análises e hospitais registrados pelo Poder Público, inclusive pelos Conselhos Regionais de Medicina, que são credenciados pelo SUS para o Sistema Nacional de Saúde Suplementar.

Também nestes, se os sócios pararem de pagar as mensalidades ou anuidades, per-

derão o direito ao privilégio que haviam conseguido, de somar serviços e recursos sociais nos hospitais públicos e privados registrados pelo SUS.

Perderão também o direito de usufruir dos hospitais públicos de referência e universitários, sendo atendidos como clientes particulares que, em caso de internação, ocupariam apartamentos diferenciados, *pagando somente a diferença*.

93 - P 7) 1) 0 ((1) ((3E)

Enquanto tiverem recursos neste *Fundo*, as famílias poderão utilizá-los para cobrir despesas de saúde; os pacientes poderão fazer consultas particulares pagando com Cheques-Recibo que ainda tenham, ou com cheques pessoais e poderão pedir resgate nos bancos depositários.

Está tacitamente estabelecido e é salutar que os trabalhadores poupem recursos próprios para poderem ser internados com mais conforto nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde Suplementar; da mesma forma ocorrerá no *Sistema Complementar*.

Por isto é bom manter os depósitos mensais, ainda que seja num plano básico e por equidade, às operadoras setoriais; se os cartões forem bloqueados, as internações à Saúde Pública conjunta poderão ser questionadas.

H (- 3 93 - P 7) - - 7) 1) 0 (-

Eles poderão ser bloqueados depois que os participantes individuais deixarem de poupar por sessenta dias; ou se as empresas contratantes deixarem de efetuar os depósitos mensais para os funcionários.

Eles deverão ser suspensos se as empresas contratantes ficarem inadimplentes junto ao INSS, por não recolherem a Contribuição Social Previdenciária, da qual elas são fiéis depositárias e devem recolher, para garantir, de forma inalienável para seus funcionários, o reembolso estatal à saúde privada.

I 0) (00 , 7) (100 P 0) - (- ?

Ele deverá continuar pagando os planos de saúde, a fundo perdido, que já existem, assumindo suas vantagens e desvantagens. É importante o paciente programar recursos individuais, a fim de poder pagar os serviços particulares que venha a solicitar.

CONCLUSÕES

O *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde* é uma 3ª opção para as pessoas que queiram ficar capitalizadas a fim de que, à medida que envelheçam, as poupanças possam ser menores, em razão de elas terem-se programado para isso ao longo da vida.

Após a análise pormenorizada do *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde*, é preciso que os administradores e gestores de políticas públicas e a sociedade:

1. Observem que os deveres e direitos à livre iniciativa e à livre concorrência são constitucionais. Isso tem sido negado aos profissionais de saúde e para as classes média e a de menor poder aquisitivo.
2. Eliminem as reservas de mercado porque estas levam à servidão e à negativa de oportunidades iguais na execução de serviços de saúde.
3. Reconheçam que a seguridade social pertence à coletividade, embora seja administrada pelo Poder Público. Ela foi programada entre o Governo e a sociedade para garantir os atendimentos iguais a todos os cidadãos internados através do SUS na Saúde Pública isolada ou executada conjuntamente com serviços privados, incluindo os liberais autônomos.

4. Admitam que a Saúde Pública e a particular são complementares e que tanto os pacientes dos ambulatórios públicos como os dos consultórios particulares, que não sobrecarregam os ambulatórios e pronto-socorros estatais, *têm direito inquestionável* de serem internados pelos médicos que os assistem. Neste caso, os serviços somam-se à Saúde Pública gratuita e os pacientes pagam só a *diferença* pelos serviços complementares privados que solicitaram.
5. Analise que o Estado *não* tem o direito de discriminar parte da população, enquanto através do INSS e do SUS concentra a renda para uma parcela menor da sociedade, quando privatiza os recursos sociais, *antes* e a *maior*, por eventuais procedimentos futuros.
6. Reflitam que a equidade é clausula pétrea da Constituição Federal e que o SUS privatiza os recursos da seguridade social, reembolsando ao setor privado os procedimentos da Saúde Pública a preços de custo, somente *depois* deles serem efetivamente executados e fiscalizados.

É necessário concluir que ao Estado cabe assumir a responsabilidade do seguro social que ele mesmo programa e cobra, de forma compulsória, da sociedade; e igual para todos, através de contribuições, impostos e taxas, que são pagos no momento do consumo, com os *salários diretos*; e que:

- não há razão lógica para o Poder Público negar equidade na obtenção da Saúde Pública essencial assegurada, vez que a infra-estrutura nacional do Sistema Único de Saúde é garantida pelos recursos *privados* de 100% de trabalhadores;
- médicos e pacientes têm o direito de optar pela Saúde Pública recebida conjuntamente com serviços personalizados, suplementares ou complementares privados; o paciente deve pagar *apenas a diferença* pelos serviços privados que solicitar;
- os cidadãos internados em quaisquer hospitais públicos *não* deveriam pagar mais nada; portanto não deveriam ter vinculada uma parte de seus salários no pagamento de seguros privados. Neste caso, a parcela de salário que foi paga como seguro-saúde privado deveria ser devolvida aos trabalhadores pelas operadoras setoriais, com juros e correção monetária;
- o *estímulo* para o setor privado participar das parcerias médico-hospitales

consiste em poder oferecer serviços opcionais de personalização profissional e de hotelaria, sobre a Saúde Pública que presta 24 horas por dia durante o período de internação; essa é universal e reembolsada a preços de custo pelo Estado e, muitas vezes, até com sub-financiamento ou eventual atraso;

- num Estado Democrático de Direito é uma contradição que sindicatos de profissionais liberais pretendam cercear, no setor privado, serviços de saúde que complementem aqueles devidos pelo SUS;

-

- A solução definitiva configura-se na possibilidade justa de acesso aos caminhos de recuperação da saúde; o Estado garante uma base de atendimento à demanda da Saúde Pública integral e os prestadores de serviços médico-hospitalares privados, conveniados pelo SUS, oferecem serviços suplementares ou complementares para os planos de saúde ou de capitalização prévia por parte das pessoas, com livre escolha de seu médico e hospital.
- O *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde* é uma resposta segura à questão de uma terceira via, a 3ª porta, a da total equidade, liberdade de escolha e de autonomia de trabalho na área da saúde.
- Nos serviços conveniados pelo SUS, sob contratos de direito público, o total dos gastos com hotelaria hospitalar para cada caso clínico deve ser equivalente àquele cobrado nos mesmos casos dos portadores dos planos de saúde. Em ambos desconta-se o valor referente à Saúde Pública integral. Este é o espírito do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

PALAVRAS FINAIS:

A lei nº: 9.637, publicada em 18/05/98, que autoriza empresas privadas sem fins lucrativos a administrar conjuntamente instituições públicas; e a de nº 9.790, publicada em 23/03/99, que qualifica as organizações sem fins lucrativos como organizações de interesse público, fizeram o Brasil retroceder social e economicamente 210 anos na época de suas publicações e 217 anos neste ano de 2.006.

O Brasil voltou para antes de 1.789, quando, na França, os *Girondinos*, pessoas da alta burguesia - banqueiros, industriais e comerciantes da classe alta - além dos *Jacobinos*, da burguesia - médicos, pequenos comerciantes e lojistas – enfim, a classe média, passaram a exigir a queda da nobreza, que sugava diretamente os recursos do Estado.

Eles tiveram o apoio dos *Sans Culottes*, que representavam a grande massa da população sem recursos e sem esperança.

Lutaram juntos por liberdade, igualdade e fraternidade.

Em 1.848, foram proclamados os *Direitos do Homem* e, em 1.948, os *Direitos Humanos*, que hoje estão nas Constituições dos Países filiados à ONU.

As parcerias público-privadas na área da saúde existem há séculos, embora estejam sendo consideradas como novidade pela lei 9.790/99.

As Santas Casas são as mais significativas obras filantrópicas que o mundo conhece. Em Portugal elas existem desde 1.498 e sempre assumem muitas das obrigações sociais do Estado, assistindo os enfermos e pobres; porém mantêm o direito de ter alas de apartamentos nos quais as pessoas da comunidade somam serviços e recursos públicos e privados.

A primeira Santa Casa de Misericórdia do Brasil foi fundada em Santos por Braz Cubas em 1.543 (Jornal do Cremesp, Abril de 2.006, p. 16).

Aquelas leis brasileiras citadas no primeiro parágrafo das PALAVRAS FINAIS subestimam o valor do povo; elas restauram a *nobreza*, dando, a pessoas consideradas portadoras de saber notório, direito de auferir ganhos particulares em instalações do Estado, através de empresa de direito privado que usufrui de órgão montado, administrado e mantido pelo Estado às custas do povo.

A Ordem dos Advogados do Brasil protocolou Ação de Inconstitucionalidade - ADI, da lei federal 9.637/98 junto ao Supremo Tribunal Federal – STF. Porém como depois de vários anos, o STF ainda não tenha se pronunciado a respeito da ADI protocolada, o Ministério Público já tem-se programado a favor de uma Ação Civil Pública.

O que essas leis cogitam sobre a privatização do Estado gera equívocos na interpretação do conteúdo, inclusive por parte de estudiosos e profissionais de diversas áreas.

Para gerir o Estado, são nomeados ministros, secretários e contratados diretores e funcionários aprovados em concursos públicos; todos têm o dever de trabalhar corretamente para a grandeza da nação. Quando falham, os ministros e secretários são demitidos *ad nutum* e os funcionários, através de processos administrativos, com direito à defesa.

Privatizar o Estado tem o sentido de atribuir a administração da coisa pública a uma entidade particular, correndo sério risco de criar, dentro da administração de um órgão estatal, um Poder privado paralelo; configura-se um paradoxo, na inversão da ordem jurídica, em que o particular se sobrepõe à legislação e ao Poder Público.

Privatizar o Estado é aceitar a *falência* do Estado Democrático de Direito.

Por isso é lógico que o Estado dependa de que os hospitais privados façam parcerias com o SUS; que dêem com qualidade e eficiência, a todas as pessoas clientes da classe médica liberal autônoma, a cobertura gratuita da Saúde Pública segurada, reembolsada pela seguridade social.

Cabe ao Estado gerar estímulos aos hospitais privados para possibilitar o investimento tecnológico, o aprimoramento administrativo ou profissional e uma margem real de lucros, já que os serviços de saúde são de fato onerosos.

Os cidadãos também ajudam, desde que conheçam, aceitem, entendam e principalmente obedeçam à letra da lei; esta dá direito à livre opção de serviços que qualifiquem a Saúde Pública segurada em padrão único.

Sendo privadas, as instituições sem fins lucrativos têm direito de ter lucro para sua manutenção empresarial, profissional e tecnológica; porém, que seu gerenciamento e lucros não sejam obtidos nas mesmas estruturas e através dos funcionários que o Estado paga nos hospitais do governo, a fim de manter a Saúde Pública gratuita.

De 1.970 até 1.976, os médicos lutavam contra a injustiça de os clientes particulares só poderem somar os serviços e recursos da Saúde Pública através dos seguros e planos de saúde empresariais, que passaram a apresentar novas regras durante o governo militar.

Em 1.976, em vez de batalharem pelas prerrogativas da classe médica, os notáveis fizeram a primeira irregularidade, passando a somar os recursos públicos e privados diretamente dentro do Instituto INCOR, da Universidade de São Paulo.

Assim, através de organização social privada sem fins lucrativos, os professores da maior universidade pública, que deveriam dar exemplo ético aos alunos, passaram a canalizar serviços e recursos privados para as instalações de um nosocômio do governo estadual, onde os alunos e mesmo profissionais formados executam a Saúde Pública impessoal e gratuita.

Órgãos públicos devem trabalhar de graça, com impessoalidade, ética, moralidade e eficiência devidas no trato da coisa pública; não podem ter lucros e os funcionários devem executar, por seus salários, os serviços pré-pagos pela coletividade e devidos com universalidade.

Nem é lícito que profissionais sejam contratados por empresas privadas, para trabalharem dentro de instituições públicas tendo mais vantagens que os funcionários nomeados pelo próprio Estado, após concursos públicos.

Com o estímulo das leis federais n^{os}: 9.637/98 e 9.790/99, que remetem o País para 217 anos atrás, o equívoco citado para a área médico-hospitalar está para entrar em outra área da economia nacional; foi noticiada a construção de um hotel dentro do terreno da USP. (Jornal A Folha de São Paulo de 12-05-2.006, p. C 1 e C3).

Isso é desleal com a área de hotelaria de São Paulo. As universidades são úteis para ensinar os seus alunos com eficiência; para fazer pesquisas e divulgá-las.

Diversificar para áreas que não são de sua competência pode ter o intuito de privilegiar organizações sociais que passem a usufruir recursos privados sobre a estrutura funcional e o bem públicos. Pode haver confusão de verbas destinadas à educação com gastos próprios de hotelaria.

Entre 1.987 e 1.997, em suas três publicações, a autora protestou e certamente, outros também o fizeram, ao perceberem aquele equívoco.

Quando a autora comprou uma nova edição da Constituição Federal, atualizada até a emenda n^o 19 de 04/06/98, já haviam sido retirados os parágrafos 7^o e 6^o do artigo 201. Esses proibiam subvenção e auxílio do Poder Público às entidades de previdência privada com fins lucrativos; exatamente o que é feito pelas operadoras setoriais.

No DOU do mesmo dia 04/06/98 foi publicada a lei 9.656; a Lei dos Planos de Saúde, assinada em 03/06/98. *A lei dos planos de saúde é tão ruim que, assim que foi baixada, foi modificada por uma medida provisória que alterou quase que totalmente o seu texto (sic).* (Advogado Antônio P. Mendonça - professor da FIA/FEA – USP e da FGV e titular da Academia Paulista de Letras, em artigo publicado no jornal O Estado de São Paulo, de 17 de Abril de 2.006, p. B9).

A redação original foi *completamente modificada* pela Medida Provisória n^o 2.177-44 de 24/08/2001 (Código Civil e Legislação Civil em Vigor – Theotônio Negrão e José Roberto Ferreira Gouvêa, 22^a edição, SP: Saraiva, 2.003, p. 1046).

Em 1.999 a autora enviou, em nome do IDEMEDS, um documento para a Promotoria Estadual da Tutela Coletiva da Cidadania pedindo solução para a *porta dupla* em hospitais públicos do Estado de São Paulo; aquele órgão abriu uma Representação no Ministério Público Federal de São Paulo: REPRESENTAÇÃO MPF/PR/SP 1.34.001.000075/2000-55, para o qual a autora foi chamada a prestar depoimento. Posteriormente foi convocada a acrescentar as provas solicitadas; embora ainda não tenha obtido êxito, denunciou o fato.

Nesse processo fora pedida uma indenização simbólica para 98% dos médicos; aqueles que estavam proibidos de internar seus pacientes particulares, ambos, médico e doente recebendo, *no setor médico-hospitalar privado conveniado com o SUS*, o benefício de somar serviços gratuitos da Saúde Pública com privados opcionais pagos pelos pacientes ou por seus seguros privados.

Sabe-se que isto acontece com os pacientes internados pelas operadoras setoriais, que utilizam a infra-estrutura pública e privada do SUS, negada aos médicos liberais autônomos e seus pacientes que optam por serem internados com personalização profissional e/ou de hotelaria.

Enquanto presidente do IDEMEDS, a autora recebeu do Ministério Público Federal, Tutela Coletiva, 5º Ofício, um ofício datado de 31 de Maio de 2004, informando o arquivamento do processo acima citado, em razão do assunto ser objeto de apuração no inquérito Civil Público nº 02/2002 (fls. 464/465).

Em 2.000, foi inaugurada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, que administra e regula o direito à soma da Saúde Pública, com serviços e recursos privados, o que beneficia apenas 20% de trabalhadores.

A agência deveria regular para 100% das pessoas que pré-pagam ao maior seguro programado pelo governo, a seguridade social. Quanto a isso a autora já respondeu a consultas públicas protestando com veemência e apontando soluções.

Na 38ª edição da Constituição (São Paulo: Saraiva, 2.006, atualizada até a Emenda Constitucional nº 48 de 10/08/2.003), já estavam revogados os oito incisos e três parágrafos do artigo 192. O inciso VI vedava a participação de recursos da União em fundos e seguros criados com o objetivo de proteger a economia popular, garantir créditos, aplicações e depósitos financeiros.

Personalizar serviços que o Estado terceirizou deve servir de estímulo para os hospitais privados fazerem parceria com o SUS; porém caracteriza a *porta dupla* e pagamento *por fora*, quando a personalização é praticada e recebida dentro de hospitais públicos de referência e universitários, mesmo que seja através de Organizações Sociais privadas (OSs ou OCIPs) sem fins lucrativos.

Hospitais universitários e públicos de referência cobrarem *por fora*, ainda que seja só de forma indireta (mas sabe-se que é também de forma direta), é contra a impessoalidade, a moralidade, a gratuidade e a ética públicas; dá oportunidade a que os funcionários do Estado pratiquem atos de concussão, estelionato, peculato e prevaricação: *crimes* previstos no Código Penal.

Por improbidade administrativa, hospitais estatais de referência, universitários e os funcionários envolvidos praticam a apropriação indébita da economia popular pública e privada: é *crime contra a economia popular*.

Ao investir recursos gerados pela seguridade social coletiva no setor médico-hospitalar privado, o Poder Público federal cria estímulos empresariais para o atendimento socializado que programa e cobra da sociedade.

O Estado e os pacientes têm o direito a que, nesses hospitais, com ou sem fins lucrativos, a classe médica do País interne seus clientes particulares, podendo personalizar a Saúde Pública, através da livre concorrência liberal autônoma, quando ela é executada fora das enfermarias contratadas para serviços *exclusivos* do SUS.

Através das OSs programadas para prestar serviços privados dentro de instituições públicas, pessoas de notório saber conseguem inverter e eliminar o estímulo que o Poder Público tem o dever incontestável de investir na área médico-hospitalar privada do País.

Esses recursos são pré-pagos pela sociedade para obter Saúde Pública gratuita socializada; pois personalizar, no setor privado, é direito dos pacientes.

Lucros *privados* obtidos direta e indiretamente nas instituições estatais e distribuídos para melhorar seus equipamentos, manter seus funcionários públicos e, aqueles contratados pelas instituições, ditas sem fins lucrativos, *deveriam ser considerados como aumento da carga tributária*. Esse caso desvirtua os sistemas público e privado.

Mas se o *Poder Público-privado paralelo* tomar conta dos hospitais públicos municipais através das OSs, como já foi feito com mais de vinte no Estado de São Paulo, outros, federais e muitos outros em vários Estados, o Sistema Único de Saúde, mesmo sendo inconstitucionalmente entregue à administração de organizações público-privadas paralelas, deve passar a funcionar como o Sistema Judiciário, no qual o aparato público está à disposição da sociedade, através dos advogados contratados diretamente pelos clientes.

Na nova ordem proposta para serviços do SUS, os médicos particulares devem trabalhar como os advogados liberais autônomos, que ingressam com os processos de seus clientes empresariais e particulares nos órgãos da Justiça e os defendem interagindo com os delegados, juízes, promotores e ministros da Justiça Pública, nas delegacias, nos fóruns, promotorias e tribunais superiores.

Os pacientes não precisam pagar taxas e emolumentos como no Judiciário, porque a sociedade já pré-paga à seguridade social para garantir Saúde Pública gratuita no Padrão executado nos órgãos estatais do SUS.

À classe médica liberal autônoma deve ser devolvida a sua prerrogativa de internar os pacientes de seus consultórios particulares; porém, nessa nova ordem, em todos os hospitais do governo, inclusive nos universitários.

Também nesses a classe médica passa a ter o direito de personalizar a assistência médica, *interagindo* diretamente com os funcionários estatais da Saúde Pública, da qual os professores das universidades fazem parte.

Afinal, cabe mesmo ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e o conhecimento atualizado deve ser expandido para todos os médicos do País, a partir dos hospitais universitários.

Embora as leis mudem diuturnamente, seria inconstitucional que a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB exigisse que esses profissionais prestassem exames a cada cinco anos para a manutenção dos seus títulos; ou comprovassem que são estudiosos, assinando revistas jurídicas, acessando cursos pela Internet ou frequentando cursos e congressos anuais.

Quem se formou em curso superior e se especializou em uma sub-área tem capacidade para discernir sua própria necessidade de atualização. Seria inconcebível que só assim mantivesse o direito de interagir com os profissionais da Justiça Pública, através das ações que protocolam a favor de sua clientela empresarial e particular.

Desta forma, a Associação Médica Brasileira – AMB não deveria exigir uma comprovação de atualização; porque o diploma acadêmico, a especialização, a experiência e a responsabilidade profissional atendem as necessidades de cada médico em relação à sua comunidade.

Isso pode ser contestado judicialmente, porque de quem quer que seja, em nenhuma outra área científica, é exigida atualização compulsória.

Em 2.002, durante a transição de governo, a autora enviou um documento versando acerca do Poder Paralelo no Sistema Nacional de Saúde, ao Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Ele levou em conta a denúncia e, em Maio de 2.003, *no sentido e considerando a questão da “porta dupla” o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação assinaram quatro Portarias Interministeriais (sic)* que estão citadas na página 70 deste volume.

Em 01/09/2.004, a autora recebeu informações prestadas pelo Senhor Washington Luiz Silva Couto, DD. Secretário de Atenção à Saúde – substituto.

Estes dados chegaram em carta documentada do Ministério da Saúde, do dia 06 de Setembro de 2.004, com informações anexas do Departamento de Atenção Especializada, do dia 1º de Setembro de 2.004 - Ofício GS/nº 1.118, acerca da criação de grupos de estudos nos referidos Ministérios, a fim de encaminhar as soluções que o caso da *porta dupla* requer.

O Ofício GS/nº 1.118 veio acompanhado de xerocópias do Processo SIPAR: 25000.107.712/2003-31, do Parecer nº 500/2.004 e das portarias Interministeriais assinadas para regularem o tema.

Do PARECER 500/2.004 e do TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE HOSPITAIS DE ENSINO E GESTORES DE SAÚDE (sic), a autora destaca os parágrafos seguintes:

Quanto à preocupação relacionada à “porta dupla” dos hospitais universitários a Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de Abril de 2004, art 6º, inciso XI, resolve esta questão para aqueles hospitais que pretenderem ser reconhecidos como Hospitais de Ensino (sic).

Foi determinado um prazo de até quatro anos para adequar a disponibilização de 100% dos leitos ativos do hospital de ensino público e do total dos grupos de procedimentos praticados para o SUS (sic).

A dificuldade que se apresenta está no momento relacionada à implementação das leis das Ocips pelos estados e prefeituras; elas fazem contratação privada de prestadores de serviços da Saúde Pública para os hospitais de referência do governo e eliminam a isonomia.

Porém nos hospitais estatais construídos e custeados com recursos públicos, a impessoalidade, a ética, a gratuidade e a moralidade públicas foram atingidas por aquelas parcerias imorais, antiéticas e desleais que foram legalizadas durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, pelas leis federais inconstitucionais nºs: 9.637/98 e 9.790/99.

Como a Prefeitura de São Paulo quer entregar a administração de hospitais a organizações sociais (OSs), o Ministério Público Federal (MPF) “*entrou com ação civil pública, no dia 26 de Abril de 2.006, contra o projeto da Prefeitura, que é o carro chefe da gestão José Serra - Gilberto Kassab, porque tanto a Constituição quanto a Lei Orgânica da Saúde (LOS) só admitem a participação de instituições privadas em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais, em caráter complementar*”. O MPF informou que há uma investigação em andamento sobre a terceirização no governo estadual, em prática desde 1.998 (sic); (Jornal O Estado de São Paulo de 27 de Abril de 2.006, pág. C4).

Há tempos a autora vem lendo e estudando acerca das Ocips; porém demora-se a amadurecer o tema, embora sempre ele volte ao pensamento.

As leis das Ocips são inconstitucionais; elas prejudicam o Estado Democrático de Direito, visto que ocasionam um retrocesso social e econômico de 217 anos.

Na França, a Revolução Francesa criou a democracia; depois disso o povo começou pouco a pouco a ser ouvido.

Viu-se que, neste Abril de 2.006, o governo francês revogou a lei trabalhista do primeiro emprego, porque os estudantes e os sindicalistas daquele País mobilizaram a população para resistir à injustiça da demissão sem causa justa para os jovens.

O assunto vai ser reestudado e, certamente, a solução futura irá levar em conta os anseios dos franceses.

No Brasil, agora é um momento propício para se colocar em discussão o tema das organizações sociais (OS) classificadas como Ocips, a fim de que os médicos não venham a tomar consciência do problema só daqui a trezentos anos; isso aconteceu aqui mesmo com a raça negra, que ficou subjugada por mais de três séculos e até hoje tem tido dificuldades para viver os seus direitos, apesar de a Princesa Isabel, Castro Alves, José do Patrocínio, Chiquinha Gonzaga e muitos outros terem tido visão e trabalhado com afinco pela causa.

Quando o Estado nega à classe médica a prerrogativa profissional à internação de seus pacientes particulares, que somem os recursos sociais, a sociedade também perde direitos; fica discriminada, empobrecida e sem saúde.

A partir dos impostos e recolhimentos sociais que recebe, o Estado investe e provê recursos que estimulam o setor privado a produzir bens e serviços.

Para os empresários há recolhimentos feitos através da guia GPS para os três Ss – SESI, SESC e SENAI, além dos empréstimos subsidiados do BNDES. Para os trabalhadores se organizarem existem os recolhimentos oficializados para os sindicatos de patrões e empregados. Há também os repasses de recursos públicos para movimentos sociais menos organizados como o MST, agricultura familiar, que oferecem uniformes, livros, merenda escolar e outros, como os que incluem 9 milhões de famílias no Bolsa Família e 200 mil bolsas de estudo do PROUNI para estudantes universitários; todos estimulam os serviços, a indústria e o comércio.

Através da gestão pública, o Governo estimula o setor privado de engenharia e serviços quando contrata obras de infra-estrutura para energia elétrica, petróleo, gás e álcool, telefonia, água, esgoto, asfaltamento de vias públicas, estradas, pontes e programas de aumento de crédito que facilitam as compras de bens e serviços; construções do Sistema Financeiro de Habitação, do CDHU, além de oferecer a dispensa de pagamento do IPI para a renovação de frotas de ônibus, táxis e caminhões, etc...

Governo e sociedade programam os recursos da seguridade social; inclusive o Tesouro Nacional e o INSS reembolsam todas as internações necessárias aos cidadãos enfermos, através do SUS ou das operadoras setoriais privadas. Diz-se que o seguro reembolsa um sinistro; no caso da saúde, são os serviços *essenciais segurados* (v. p.16, § 3º).

O SUS só terá valor real se somar os recursos do seguro social coletivo devidos aos serviços integrais da Saúde Pública, para regular os preços privados dos serviços médico-hospitalares para todos os trabalhadores, não para apenas 20% deles, como permite através das operadoras setoriais.

O SUS deveria estimular a livre iniciativa e a livre concorrência entre profissionais, clínicas e hospitais privados *com* ou *sem fins lucrativos*, vez que a Saúde Pública integral devida pelo INSS é base de todos os procedimentos médico-hospitalares privados permitidos no artigo 199 da Constituição - *A assistência à saúde é livre ao setor privado*.

As instituições privadas participam de forma a completar o trabalho do SUS e há preferência do SUS pelas entidades filantrópicas sem fins lucrativos, porque é através delas, que a sociedade e o Estado podem programar que, em no máximo 40% dos seus leitos, seja oferecida hotelaria diferenciada através da personalização profissional *liberal autônoma*; e que os valores dos serviços privados obedeçam à Tabela da Associação Médica Brasileira – AMB, ou outra alicerçada na concorrência.

A Constituição veda que recursos públicos sejam destinados para auxílios e subven-

ções aos hospitais privados lucrativos; e a Saúde Pública deve ser executada gratuitamente, porém reembolsada pelo Poder Público; a *diferença* a ser cobrada nos preços suplementares ou complementares privados é *liberada*, embora enfrente a concorrência dos hospitais filantrópicos e beneficentes, nos quais o Estado e a sociedade têm o direito de determinar os preços privados básicos.

Os hospitais de direito privado com ou sem fins lucrativos executam Saúde Pública integral a preços de custo para o SUS e têm regras próprias de gestão que, como em qualquer empresa privada, visam ao lucro e à qualidade, nos serviços suplementares e complementares que oferecem.

Os hospitais têm o direito de serem reembolsados pela Saúde Pública essencial e integral que é segurada pela sociedade, pois é lógico que a Saúde Pública é executada, 24 horas por dia, para *todos* os pacientes internados nos hospitais privados, através do SUS ou do Sistema Nacional de Saúde Suplementar.

Sem aumentar os gastos do Estado nem precisar emendar a Constituição do País ou promulgar novas leis, bastando apenas uma Portaria do Banco Central, o Governo Federal tem uma 3ª porta, válida, legal e livremente aceita pelo paciente, para incluir a comunidade na gestão participativa da Saúde Pública médico-hospitalar conjunta.

Atendendo os que não têm recursos, o SUS não pode, em princípio, *contrario sensu*, proibir atendimento conjunto às pessoas que podem e querem pagar a *diferença opcional*.

O *Fundo Privado* analisado nesta obra foi programado a fim de capitalizar as famílias para co-participarem no pagamento de serviços particulares.

Quando as pessoas das famílias participantes do *Fundo Privado de Previdência Complementar para a Saúde* se internam, a diferença a maior a ser cobrada à vista pelos hospitais privados, à personalização, não deve exceder àquela cobrada dos seguros e planos de saúde empresariais privados para idênticos quadros clínicos.

O Código de Defesa do Consumidor não permite que serviços iguais sejam cobrados com preços diferentes, dentro de um mesmo estabelecimento, seja hospitalar ou não.

Os usuários de serviços de saúde têm direitos iguais, ainda que uma parcela do preço seja paga com cartão do plano de saúde privado, ou à vista com cheque, ou cartão do *Fundo de Previdência Complementar para a Saúde*; porque ao Estado já incumbe o básico referente à parcela da Saúde Pública integral reembolsada no Padrão SUS.

QUAIS SÃO OS PAPEIS RESPECTIVOS DAS FUNDAÇÕES, INSTITUIÇÕES E ORGANIZAÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS, DA COMUNIDADE E DO SUS?

O 3º setor sem fins lucrativos é excelente, desde que essas empresas ajam num sentido estrito de justiça, trabalhando em instalações e com insumos do setor privado, onde elas têm um papel social a cumprir, colaborando com oportunidades *iguais* de trabalho para todos os médicos e de saúde para toda a população.

Através dessa opção, tanto a clientela como todos os médicos e demais profissionais de saúde podem exercer os direitos a que fazem jus, pois, numa democracia, privilégio só para alguns sempre se constitui em injustiça.

Esta obra pretende demonstrar que, a partir do padrão referenciado e protocolado para as enfermarias médico-hospitalares de quatro leitos contratadas pelo Poder Público, é opcional o paciente personalizar, ou não, o seu atendimento, com equidade.

Quanto ao SUS, o Poder Público não pode permitir que hospitais mantidos com recursos da seguridade social coletiva reservem o mercado social ou profissional.

.A melhor solução para a saúde consiste num aprimoramento do SUS, que ele seja repensado, respeitando a Constituição Federal que proíbe cobranças de serviços privados dentro de órgãos públicos; que ele seja também flexível no sentido de no setor privado coexistir, tanto com os seguros e planos de saúde, como com o *Fundo Privado de Previdência Complementar* proposto neste estudo, resultante de poupanças individuais, familiares ou empresariais.

Espera-se que dessa forma se alcance a justiça social na área da saúde.

BIBLIOGRAFIA

AMARO, Mohamed. *Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos Constitucionais*, em verbetes. RJ: Renovar, 1.989.

Constituição Federal do Brasil. Promulgada em 16 de Julho de 1.934 – consulta feita pela Internet; acesso em 07/02/2.005 às 18:40 hs.

_____. Promulgada em 10/11/1.937 – consulta feita pela Internet; acesso em 07/02/2.005 às 19:15 hs.

_____. Promulgada em 18 de Setembro de 1.946 – consulta feita pela Internet; acesso em 07/02/2.005 às 19:49 hs.

_____. Promulgada em 24/01/1.967, atualizada até a Emenda Constitucional n° 24, de 1°/12/1.983. SP: Saraiva, 28ª ed. 1.984.

_____. Promulgada em 05/10/1.988 – SP: Atlas SA, 1ª edição, quarta tiragem, 1.989.

_____. Atualizada até a Emenda Constitucional n° 15 de 1209-1.996. SP: Saraiva, 1.997.

_____. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 19 de 04-06-1.998. SP: Saraiva, 1.998.

_____. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 39 de 19/12/2.002. SP: Saraiva, 2.003.

_____. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 48 de 10-08-2.005. SP: Saraiva, 2.006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. *Classificação Nacional de Atividades Econômicas Versão 1.0*. RJ: IBGE, 2.004.

_____. *Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária 2.000*. RJ: IBGE, 2.004.

_____. *Finanças Públicas do Brasil – 2.001 – 2002*. RJ: IBGE, 2.004.

_____. *As Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil – 2.000*, 2ª ed. RJ: IBGE, 2.004.

NEGRÃO, Theotônio e FERREIRA GOUVÊA José Roberto. *Código Civil e Legislação Civil em Vigor – 22ª ed.* SP: Saraiva, 2.003.

OLIVEIRA, Juarez de. *Código de Proteção e Defesa do Consumidor e Legislação Complementar Especial – 9ª ed.* SP: Saraiva, 2.000.

ZOROWICH, T. Beatriz A. de Andrade. *Médicos, Estado e Sociedade*. SP: ed. da autora, 1.987.

_____. *Soluções para o Problema da Saúde no Brasil*. SP: ed. da autora, 1.995.

_____. *SUS e os Pagamentos Complementares Privados*. SP: ed. da autora, 1.997.

_____. *Deveres e Direitos do Prestador e do Consumidor de Serviços de Saúde*. SP: ed. da autora, 2.002.

As leis

- *Lei 6.435* de 15/07/77, publicada no DOU de 30/07/77 - *dispõe sobre Regime de Previdência Complementar e dá outras Providências. (revogada pela Lei Complementar 109 de 29/05/01).*
- *Lei 6.462*, de 09/11/77, publicada no DOU de 11/11/77 – altera disposições de da Lei 6.435/77 que dispõe sobre as entidades de Previdência Complementar e dá outras Providências. (revogada pela Lei Complementar 09 de 29/05/01).
- Decreto-Lei 1.940, de 25/03/82, publicado no DOU de 26/05/82 – institui contribuição social, cria o Fundo de Investimento Social (Finsocial) e dá outras providências.
- *Lei 7.716* de 05/05/89, publicada no DOU de 06/01/89 e retificada DOU 09/01/89 – proíbe a discriminação - define os crimes contra raça e cor e de procedência nacional.
- *Lei 8.078* de 11/09/90, publicada no DOU de 12/09/90 – Lei de Defesa e Direitos do Consumidor.
- *Lei 8.080* de 19/09/90, publicada DOU de 20/12/90 - institui o SUS.
- *Lei 8.112* de 11/12/90, publicada no DOU de 12/12/90 - dá diretrizes à atuação dos funcionários públicos.
- *Lei 8.137/90* de 27/12/90, publicada no DOU de 28/12/90 - define as relações de consumo.
- *Lei 8.142* de 28/12/90, publicada no DOU de 31/12/90 – define a participação da comunidade na gestão do SUS, as transferências de recursos financeiros da área da saúde e dá outras providências.
- *Lei 8.212* de 24/07/91, publicada no DOU de 25/07/91 e republicada DOU de 14/08/98.- dispõe sobre a organização da seguridade social e, planos de custeio.
- *Lei 8.213* de 24/07/91, publicada no DOU de 25/07/91 – consolidada pelo art. 12 da Lei 9.528 de 10/12/97 e republicada DOU de 11/12/97, altera dispositivos das Leis 8.212 e 8.213.
- *Lei Complementar N° 70*, de 30/12/91, publicada no DOU de 31/12/91 - Institui contribuição para financiamento da Seguridade Social, eleva a alíquota da contribuição social sobre o lucro das instituições financeiras e dá outras providências.
- *Lei 8.652* de 29/04/93, publicado no DOU de 30/04/93 - estima a receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 1993.
- *Lei 8.884* de 11/06/94, publicada no DOU de 13/06/94 – regula a defesa do direito econômico e da livre concorrência.
- *Lei 8.987* de 13/02/95, publicada no DOU de 14/02/95 - dispõe sobre o regime de concessão e permissão de serviços públicos.
- *Lei 9.074* de 07/07/95, publicada no DOU de 08//07/95 - outorga prorrogações das concessões e permissões de serviços públicos.
- *Decreto 2.173* de 05/03./97, publicada no DOU de 06/03/97 – altera o Regulamento da Organização e Custeio da Seguridade Social.

- *Portaria PT/MS/SAS n° 113* de 04-09-97, publicada no DOU de 05/09/97 - Portaria do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU - mantém a proibição de os serviços da Saúde Pública serem pagos diretamente pelos pacientes, sejam eles executados nas instituições públicas ou nas enfermarias conveniadas pelo SUS nos hospitais privados, nos quais a Saúde Pública é terceirizada, sob contratos de direito público.
- *Lei 9.637* de 18/05/98, publicada no DOU de 25/05/98 – autoriza empresas privadas do 3º setor, a administrarem serviços e recursos privados dentro dos órgãos públicos.
- *Lei 9.656* de 03-06-98, publicada DOU de 04/06/98 – dá diretrizes para a utilização da Saúde Pública executada conjuntamente com serviços privados pagos através dos seguros e planos de saúde privados. Modificada pela redação da Medida Provisória 2.177-44 de 24/08/01.
- *Lei 9.790* de 23-03-99, publicada no D.O.U. de 24/03/98 – qualifica pessoas jurídicas sem fins lucrativos como organizações de interesse público.
- *Decreto 3.099* de 28/04/99, publicado no DOU de 1º/07/99 - modifica a renúncia fiscal das contribuições Sociais devidas ao INSS, com relação à filantropia (altera os artigos 30 a 33 do Regulamento e do Custeio da Seguridade Social, aprovado no Decreto de 05 de Março de 1.997). republicado no DOU 13/07/99, revogado pelo Decreto n° 3.048 de 6/5/99, que mais uma vez determina acesso universal e igualitário, além de participação da iniciativa privada na assistência à saúde, em obediência aos preceitos constitucionais.
- O Decreto n° 3.048, de 6 de maio de 1.999, publicado no DOU de 7/5/99, republicado no DOU de 12.5.99. Retificado no DOU de 18/6/99 e 21/6/99 – aprova o Regulamento da Previdência Social.
- *Lei Complementar n° 108* de 29/05/01, publicada no DOU de 30/05/01.
- *Lei Complementar n° 109* de 29/05/01, publicada no DOU de 30/05/01- institui contribuição social para financiamento da Seguridade Social, de acordo com o artigo 196 da Constituição federal de 1.988.
- *Decreto 4.206* de 23/04/02, publicada no DOU de 24/04/02 - dispõe sobre o regime de previdência complementar no âmbito das entidades fechadas.
- *Decreto 4.942* de 30/12/03, publicada no DOU de 31/12/03 - regulamenta Processo Administrativo de Responsabilidade por Infração à Legislação, no Âmbito da Previdência Complementar. (revoga Decreto 4.206 de 23/04/02).
- Jornal O Estado de São Paulo, de 17 de Abril de 2006, p. B9.
- Jornal A Folha de São Paulo de 12 de Maio de 2.006, p. C 1 e C3.
- Jornal do Cremesp, número 224, Abril de 2.006, p. 16.
- D'URSO, Luiz Flávio Borges. *Jornal da OAB-SP*, número 306, ano XXXI, Maio de 2.006, p. 6.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABONG – Associação Brasileira de Organizações não Governamentais
ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo Empresarial
ADI – Ação de Inconstitucionalidade
AMB – Associação Médica Brasileira.
ANA - Agência Nacional da Água
ANAPP - Associação Nacional de Previdência Privada
ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica
ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações
ANP - Agência Nacional de Petróleo
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
BC – Banco Central
CADE - Conselho Administrativo do Direito Econômico
CDC – Código de Defesa do Consumidor
COFINS – Contribuições com Finalidades Sociais
CF – Constituição Federal
CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CFM – Conselho Federal de Medicina
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM – Conselho Regional de Medicina
CFO – Conselho Federal de Odontologia

CRO – Conselho Regional de odontologia
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CPF - Cadastro da Pessoa Física
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DOU – Diário Oficial da União
FEA – Faculdade de Economia e Administração
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIA – Fundação Instituto de Administração
FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social
GIFE – Grupo de Institutos, Fundações e Empresas
GPS – Guia da Previdência Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IR – Imposto de Renda
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MPF – Ministério Público Federal
MS – Ministério da Saúde
OCIP - Organização Civil de Interesse Público
ONG – Organização não Governamental
OS - Organização Social sem Fins Lucrativos
PROCON – Proteção ao Consumidor
PPP – Parceria Público Privada
PT - Portaria
SDE – Secretaria do Direito Econômico
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI - Serviço Social da Indústria
SINOG – Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo
SFH – Sistema Financeiro da Habitação
SPC – Secretaria de Previdência Complementar
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSEP – Superintendência dos Seguros Privados
USP – Universidade de São Paulo

SOBRE A AUTORA

É cirurgiã-dentista formada em 1.952 pela Universidade de São Paulo (USP): com especialização em Ortodontia; atua também como generalista em odontologia.

Participou de um Processo no MPF - REPRESENTAÇÃO MPF/PR/SP 1.34.001.000075/2000-55 contra a *porta dupla* nos hospitais públicos, que faz concorrência desleal aos hospitais privados. A autora defende a tese de que a concessão da Saúde Pública médico-hospitalar que é segurada e socializada impõe sua execução integral e gratuita compulsória, além do direito de os pacientes poderem optar por serviços suplementares ou complementares privados liberais autônomos.

Contribuiu para a elaboração das Portarias Interministeriais n^{os}: 1.000 de 15 de Abril de 2004 e 1.005, 1.006 e 1.007 de 27 de Maio de 2004 elaboradas pelos grupos de estudos criados pelos Ministérios da Educação e da Saúde, sobre temas enviados pela autora ao governo.

Foi candidata a Deputada Federal em 2.002, tendo como programa - SAÚDE DIGNA PARA TODOS, PÚBLICA E PARTICULAR.

Sócia fundadora do IDEMEDS – Instituto Brasileiro de Defesa dos Médicos, Dentistas e Sociedade.

Participa de Consultas Públicas e, a convite, de Conferências e Debates.

Escreve artigos e os distribui em nível nacional.

Obras editadas:

Médicos, Estado e Sociedade – São Paulo; edição da autora, 1.987.

Soluções para o Problema da Saúde no Brasil – São Paulo; edição da autora, 1.995.

SUS e os Pagamentos Complementares Privados – São Paulo; edição da autora, 1.997.

Deveres e Direitos do Prestador e do Consumidor de Serviços de Saúde – São Paulo; edição da autora, 2.002.

É inventora da peça conhecida como *Lavarroz*, bacia com perfurações para escorrer a água da lavagem de grãos e legumes, presente no Brasil e no exterior.

Este livro foi impresso por LETICIAGRAF

SÃO LOURENÇO DA SERRA – SP

e.mail: graficasaolourenco@superig.com.br