



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**DANIELLE CONTE ALVES RIANI COSTA**

“UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”:  
saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária

Rio de Janeiro

2022

DANIELLE CONTE ALVES RIANI COSTA

“UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”:  
saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ligia Bahia

Rio de Janeiro

2022

C837 Costa, Danielle Conte Alves Riani.

Universalismo privatizante e a tríade da desigualdade: saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária / Danielle Conte Alves Riani Costa. – Rio de Janeiro, 2022.

244 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Ligia Bahia.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

Referências: f. 238-244.

1. Sistemas de saúde. 2. Saúde suplementar. 3. Planos de pré-pagamento em saúde. 4. Seguro saúde. 5. Recessão econômica. 6. Disparidades em Assistência à Saúde. I. Bahia, Ligia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 362.10981

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**DANIELLE CONTE ALVES RIANI COSTA**

**“UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”:  
saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 14 de dezembro de 2022.

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ligia Bahia (Orientadora)**  
**IESC/UFRJ**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria Malik**  
**EAESP/FGV**

---

**Prof. Dr. João Boaventura Branco de Matos**  
**ESPM-RJ e ANS**

---

**Prof. Dr. Mário César Scheffer**  
**DMP/FM/USP**

---

**Prof. Dr. Rudi Rocha de Castro**  
**EAESP/FGV e IEPS**

*Dedico esta conquista à minha filha Fiorella, à minha  
ancestralidade feminina e a todas as mulheres,  
especialmente a minha mãe.*

## AGRADECIMENTOS

Outubro de 2017. O IESC divulgou edital para concorrer ao doutorado 2018. Eu estava com uma bebê de 3 meses. Será que devo fazer agora? Entrei em contato com a professora Ligia, informei a intenção de fazer doutorado e os assuntos que eu gostaria de estudar. Ela disse que tinha um projeto aprovado justamente sobre os temas que eu mencionei. Me candidatei e lá fui eu com minha bebê e meu marido no dia da prova de seleção. Dias depois saiu o resultado...fui selecionada!

Eu sabia que seria muito desafiador. O doutorado por si só já é, e eu estava com uma bebê de colo, outro grande desafio. Um mundo de novas informações que precisei aprender e destrezas que precisei desenvolver. Quando iniciei o curso, em março de 2018, ela estava com 7 meses e meio.

E foi muito desafiador mesmo! Mas eu tinha um propósito. Como nutricionista sanitária de formação e servidora da ANS, as desigualdades entre o público e o privado na saúde sempre foram motivo de questionamentos e indignação. Eu queria muito retomar os estudos acadêmicos, aprofundar meus conhecimentos sobre o *mix* público e privado na saúde, produzir informações e conhecimentos para tentar contribuir de alguma forma tanto com o avanço do conhecimento científico quanto com os meus objetos de trabalho.

No meio do curso de doutorado, mais um desafio, a pandemia! Articular home office meu e do marido, criança em casa e tarefas domésticas. Esse sem dúvida foi o período mais desafiador de todos! E ainda apareceram mais trabalhos por conta das interfaces da pandemia e a relação entre público e privado na saúde.

E para compor o leque de desafios do período, durante o doutorado eu completei 40 anos. Sem dúvida entrei uma pessoa e saí outra depois de tantas vivências.

Hoje, quando olho para esses 4 anos e meio de muito estudo e dedicação, penso que cumpri o meu objetivo pessoal e profissional. Fiz o doutorado onde eu escolhi, com a professora que eu queria por já ter sido sua orientanda na Residência realizada no próprio IESC e por ela ser grande *expert* no tema, com o objeto de estudo exatamente do jeito que eu pensei: estudar os setores público e privado na saúde no contexto de crise econômica e fazer análises relacionadas ao sistema de saúde no Brasil.

Portanto, após tantos desafios superados e mais essa etapa cumprida, eu só tenho a agradecer...

A Deus, Jesus, Maria e toda a espiritualidade por ter tido essa oportunidade de estudo e por ter conciliado (dentro do possível) as atribuições da Danielle pessoa, filha, irmã, esposa, mãe, amiga, profissional e doutoranda.

À professora Ligia Bahia por todo aprendizado, incentivo, ideias e orientações. Por estimular meu potencial e compreender os meus limites. Acima de tudo por ser uma pessoa tão humana nas relações pessoais e por dedicar a sua vida à melhoria das políticas de saúde no nosso país.

À minha filha amada, Fiorella. Minha Florzinha, sei que abdiquei de muitas horas de convívio com você. Fiz o melhor que pude. Agora prometo estar mais presente para apreciar a alegria de ter você na minha vida!

Ao meu marido, José Felipe, também sanitarista, com quem compartilhei muitos detalhes deste trabalho. Que sempre me apoiou e contribuiu imensamente trocando ideias, extraíndo dados e revisando textos. Você foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Gratidão!

À minha mãe maravilhosa e professora de inglês, Maria de Fátima, que sempre me incentivou nos estudos, sempre foi minha referência de pessoa estudiosa, inteligente, batalhadora e perseverante. Super vovó que foi minha rede de apoio cuidando da netinha e ainda contribuiu com as traduções de resumos e textos para o inglês. Gratidão eterna pela vida, por todo o seu amor e dedicação a nós!

Ao meu pai Daniel, meus avós paternos Maria José e Daniel, minha avó materna Maria e tia avó Elisa. Do outro lado da vida, sei que estão felizes e vibrando de alegria por essa conquista. Aonde estiverem, recebam o meu amor e sentimentos de profunda gratidão.

Ao meu irmão amado, André Jorge, que sempre torce por mim.

Aos meus queridos sogros, Amarilis e José Luiz, que mesmo de longe sempre estiveram presentes e me incentivam nas novas empreitadas. Também foram rede de apoio cuidando da netinha quando estávamos juntos. O sogro, médico e professor de saúde pública, conhecedor e defensor do SUS, também é uma inspiração e, por todo seu conhecimento, contribuiu na troca de ideias e na revisão de estudos realizados na tese.

A todos os meus queridos familiares e amigos que sempre me apoiaram e torceram para que eu chegasse até aqui. Muitos de vocês sabiam o quanto seria desafiador, alguns inclusive me alertaram a respeito, e mesmo assim continuaram acreditando em mim. Vocês sabem quem são e eu faço questão de falar pessoalmente. Guardarei a torcida e a alegria de vocês com essa minha conquista na memória e no coração.

À amiga Telminha que nunca deixou que eu me afastasse das questões mais importantes da vida. Gratidão pela sua presença fraterna, pelo seu amor e carinho.

Por ter retomado a amizade antiga com a Rosy Cunha e por ter ganho uma nova amiga, a Jéssica Pronestino. As amizades de vocês foram grandes presentes que o doutorado me deu.

Aos colegas e professores com os quais tive oportunidade de realizar pesquisas. Com certeza o meu aprendizado foi muito mais rico a partir dos nossos estudos e troca de ideias.

Ao IESC, a todos os professores, profissionais e colegas de turma por tanto aprendizado que obtive nesses 4 anos de doutorado. Agradeço também a Fátima, Nadja e Marcio da secretaria de pós-graduação, bem como aos bibliotecários Sheila e Roberto, pelas orientações e por serem sempre muito solícitos e prestativos.

Aos pesquisadores do GPDES com os quais tive a grande oportunidade de trabalhar.

Aos professores que participaram da Banca de Qualificação, Ana Maria Malik, Mário Scheffer e João Matos, pelas valiosas contribuições a este trabalho.

À ANS por ter me concedido autorização e licença para realizar o doutorado, aos gestores e colegas de trabalho envolvidos nos trâmites para solicitação da licença e àqueles que absorveram as demandas durante a minha ausência.

Gratidão imensa a todos vocês, de coração.

*“Um livro, uma caneta, uma criança e um professor podem mudar o mundo.”*

**Malala Yousafzai**

*“Salutar só é quando no espelho da alma humana se forma a comunidade inteira, e na comunidade vive a força da alma individual. Eis o princípio da ética social.”*

**Rudolf Steiner**

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”*

**Francisco Cândido Xavier**

## RESUMO

COSTA, Danielle Conte Alves Riani. **“Universalismo privatizante” e a “tríade da desigualdade”**: saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O objetivo da presente tese de doutorado foi estudar os efeitos da crise econômica e da crise sanitária no sistema de saúde no Brasil, tendo como objeto as repercussões nos setores público e privado, bem como subsidiar a reflexão e o debate sobre o dinamismo das empresas de planos e seguros, as interfaces entre o público e o privado na saúde, a concepção ideológica que norteia as políticas de saúde no país e os aspectos que nos aproximam ou nos afastam do princípio de universalidade do SUS. O país possui um sistema universal e público de saúde e forte presença do setor privado, que atua tanto na prestação de assistência à saúde, mediante a contratação de serviços pelo SUS quanto pelas empresas de planos de saúde que abarcam cerca de 25% da população. Com a crise econômica instalada no Brasil a partir de 2014, o mercado privado de saúde apresentou leve redução do número de consumidores. Ainda assim, as empresas conseguiram ampliar receitas. Foram realizados seis estudos que versaram sobre temáticas envolvendo crise econômica; crise sanitária; gasto público e privado com saúde; desempenho de empresas de planos de saúde no Brasil e nos EUA; estratégias empresariais e políticas governamentais para preservação, expansão e diversificação do mercado privado de saúde; subsídios públicos e gasto tributário com planos de saúde; oferta e utilização de serviços no período anterior e a partir da crise econômica e sanitária; desigualdades entre o público e privado na saúde; e análises sobre o sistema de saúde brasileiro. Procedeu-se à extensa pesquisa bibliográfica e documental, bem como à análise de ampla gama de dados e informações. Desde o surgimento do setor privado de saúde até os tempos atuais de crise econômica são evidenciadas propostas e estratégias que buscam criar novos arranjos, a fim de diversificar o mercado e alavancar a venda de planos e seguros de saúde para a população. O estudo evidenciou a histórica adoção de medidas para preservação e expansão do setor privado de saúde no país e destaca como esse processo se consolida com apoio governamental, em dissonância com os princípios e bases instituídos para o sistema de saúde no Brasil. A crise econômica afetou o setor público de saúde com a restrição de recursos. No entanto, constatou-se que o mercado privado de saúde manteve a tendência de expansão durante períodos de crise econômica. Tal fenômeno teve como pano de fundo o forte protagonismo e dinamismo das empresas de planos de saúde e suas entidades representativas, assim como estratégias que envolveram medidas governamentais que promoveram tanto a preservação do setor privado de saúde como a sua expansão, incentivo governamental que contribuiu para a deterioração dos serviços públicos. Evidencia-se grande adaptabilidade do segmento privado aos diferentes ciclos econômicos, inclusive durante a crise sanitária deflagrada pela pandemia de covid-19. A análise do sistema de saúde brasileiro embasou a construção da tese denominada “universalismo privatizante”. Uma síntese que busca expressar o movimento de universalização do componente privado na saúde, englobando tanto a desigualdade histórica entre saúde pública e privada no país como aspectos mais recentes e tendências perante a crise econômica e sanitária. As diretrizes político-ideológicas que norteiam as políticas de saúde no Brasil, a redução de recursos financeiros com o consequente sucateamento do SUS e a “SUSTentação” do mercado privado de saúde, mediante a concessão de subsídios públicos ao setor privado de saúde, conformam o que se pode denominar como “tríade da desigualdade”, a qual foi agravada no contexto de crise econômica e sanitária. As reflexões desenvolvidas ao longo da investigação sugerem a

necessidade de estabelecer e fincar espaços de debate democrático, bem como ampliar a abrangência da atuação, para que o movimento sanitário tenha tanta influência política quanto dos empresários da saúde, estabelecendo ação enérgica e organizada em prol da garantia de direitos de saúde e cidadania, a fim de promover o debate na sociedade a respeito da pertinência de políticas que impulsionam a ascensão do capital estrangeiro na saúde em detrimento do sistema público universal.

Palavras-chave: Sistemas de saúde. Saúde suplementar. Planos de pré-pagamento em saúde. Seguro saúde. Recessão econômica. Disparidades em assistência à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Atenção à saúde. Orçamentos.

## ABSTRACT

COSTA, Danielle Conte Alves Riani. **“Privatizing universalism” and the “triad of inequality”**: public and private health in Brazil in times of economic and health crisis. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The objective of this Doctoral Thesis was to study the effects of the economic crisis and the health crisis in the health system in Brazil, having as its object the repercussions in the public and private sectors, as well as to subsidize the reflection and the debate on the dynamism of the companies of plans and insurance, the interfaces between the public and the private in health, the ideological conception that guides health policies in the country and the aspects that bring us closer or further away from the principle of universality of the SUS. The country has a universal and public health system and a strong presence of the private sector, which operates both in the provision of health care through the contracting of services by the SUS, and by health insurance companies, which cover about 25% of the population. With the economic crisis installed in Brazil since 2014, the private health market showed a slight reduction in the number of consumers. Still, the companies managed to increase revenues. Six studies were carried out dealing with themes involving economic crisis; health crisis; public and private spending on health; performance of health plan companies in Brazil and the USA; business strategies and government policies for the preservation, expansion and diversification of the private health market; public subsidies and tax expenditure on health plans; offer and use of services in the previous period and after the economic and health crisis; inequalities between public and private in health; and analyzes of the Brazilian health system. Extensive bibliographic and documental research was carried out, as well as the analysis of a wide range of data and information. From the emergence of the private health sector to the current times of economic crisis, proposals and strategies have been highlighted that seek to create new arrangements in order to diversify the market and leverage the sale of health plans and insurance to the population. The study highlighted the historic adoption of measures for the preservation and expansion of the private health sector in the country and highlights how this process is consolidated with government support and in dissonance with the principles and bases established for the health system in Brazil. The economic crisis affected the public health sector with the constraint of resources. However, it was found that the private health market continued to expand during periods of economic crisis. This phenomenon had as a background the strong protagonism and dynamism of health insurance companies and their representative entities, as well as strategies that involved government measures that promoted both the preservation of the private health sector and its expansion, a government incentive that contributes to the deterioration of public services. The private sector is highly adaptable to different economic cycles, including during the health crisis triggered by the Covid-19 pandemic. The analysis of the Brazilian health system supported the construction of the thesis called “privatizing universalism”. A synthesis that seeks to express the movement towards universalization of the private component in health, encompassing both the historical inequality between public and private health in the country, as well as more recent aspects and trends in the face of the economic and health crisis. The political-ideological guidelines that guide health policies in Brazil, the reduction of financial resources with the consequent scrapping of the SUS and the "SUS-taination" of the private health market, through the granting of public subsidies to the private health sector, conform what can be called “triad of inequality”, which was aggravated in the context of the economic and health crisis. The reflections developed during the investigation suggest the need to

establish and reinforce spaces for democratic debate, as well as to expand the scope of action, so that the health movement has as much political influence as health entrepreneurs, establishing energetic and organized action in favor of guarantee of health and citizenship rights, in order to promote debate in society about the pertinence of policies that drive the rise of foreign capital in health to the detriment of the universal public system.

**Keywords:** Health systems. Supplemental health. Prepaid health plans. Insurance, health. Economic recession. Healthcare disparities. Health services accessibility. Delivery of health care. Budgets.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Anahp	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNPq	Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Cadastro Nacional de Estabelecimentos
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
Fenacor	Federação Nacional dos Corretores de Seguros Privados
FenaSaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Idec	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IED	Investimento Estrangeiro Direto

IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IHI	<i>Institute for Health Care Improvement</i>
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRPF	Imposto de Renda de Pessoa Física
IRPJ	Imposto de Renda de Pessoa Jurídica
MEI	Microempresa Individual
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
Padrão TISS	Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar
PIB	Produto Interno Bruto
PGF	Procuradoria-Geral Federal
PL	Projeto de Lei
PNSS	Política Nacional de Saúde Suplementar
RFB	Receita Federal do Brasil
REFIS	Programa de Recuperação Fiscal
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
STJ	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ	Tribunal de Justiça
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VCMH	Variação de Custo Médico-Hospitalar

## APRESENTAÇÃO

O tema da presente tese de doutorado, o qual foi iniciado no primeiro semestre de 2018 no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), sob orientação da professora Ligia Bahia, versa sobre os impactos da crise econômica e da crise sanitária no sistema de saúde e nas empresas de planos e seguros privados de saúde no Brasil e está vinculado à área de Política e Economia da Saúde.

O interesse pelo tema em questão justifica-se pela minha trajetória profissional relacionada à formação em saúde pública, bem como ao trabalho e estudos envolvendo a assistência suplementar à saúde. Sou nutricionista sanitária e servidora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Realizei a Residência em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ), anteriormente denominado Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), no período de 2004 a 2006. Nesta oportunidade, participei da pesquisa “Os planos de saúde e a efetividade da Justiça”, que resultou na publicação do artigo “O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil”, tendo também como orientadora a professora Ligia Bahia. Após o término da residência, ingressei na ANS e realizei o Mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública, cujo tema da dissertação foi promoção da saúde e prevenção de doenças no setor privado de saúde.

A tese está dividida em dez seções. Após esta apresentação, a primeira seção expõe uma introdução sobre o sistema de saúde no Brasil, o setor de planos e seguros privados de saúde, a crise econômica – iniciada em 2008 nos Estados Unidos (EUA) e em 2014 no Brasil – e os efeitos na saúde e nas políticas de saúde, a crise sanitária decorrente da pandemia de covid-19 e sobre as desigualdades entre o público e o privado na saúde. Na segunda seção, encontram-se delineados o objetivo geral e os objetivos específicos. A terceira detalha a metodologia e os aspectos éticos envolvidos. Em seguida, as seções apresentam os seis trabalhos desenvolvidos no âmbito desta tese, os quais se propuseram a responder os objetivos específicos elencados, sendo um capítulo de livro e três artigos publicados.

A seção 4 consiste no capítulo denominado “**CRISE ECONÔMICA E GASTO PÚBLICO E PRIVADO EM SAÚDE: TENDÊNCIAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA**”, apresentado para o projeto do livro: “A Crise Econômica e os Sistemas Universais de Saúde na América Latina”, lançado no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em novembro de 2022, na cidade de Salvador/BA.

A seção 5 corresponde ao artigo denominado **“CRISE ECONÔMICA E SANITÁRIA E DESEMPENHO DOS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE: SIMILARIDADES E SINGULARIDADES ENTRE BRASIL E EUA”**, publicado na Revista Cadernos de Saúde Pública, volume 38, número 8, Rio de Janeiro, ago. 2022.

A seção 6 trata do estudo chamado **“ESTRATÉGIAS PARA EXPANSÃO DO MERCADO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS DE CRISE ECONÔMICA E SANITÁRIA: AÇÕES GOVERNAMENTAIS E PROTAGONISMO DAS EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE”**.

O artigo **“CRISE ECONÔMICA E DISPARIDADES NO GASTO, OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO ENTRE 2011 e 2019”**, exposto na seção 7, foi publicado na Revista Cadernos de Saúde Pública, volume 38, número 10, Rio de Janeiro, out. 2022.

A seção 8, por sua vez, apresenta o artigo **“OFERTA PÚBLICA E PRIVADA DE RECURSOS ASSISTENCIAIS, ACESSO E REGULAÇÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL”**, publicado na Revista Saúde em Debate, volume 44, número especial 4, p. 232 a 247, Rio de Janeiro, dez. 2020.

As pesquisas supramencionadas foram realizadas no âmbito do projeto denominado **“Crise Financeira e Impactos sobre as Empresas de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: Uma Análise Exploratória”**, financiado com recursos do Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - CHAMADA UNIVERSAL MCTI/CNPq N° 01/2016 - Processo no 432128/2016-6.

A seção 9 consiste no capítulo que apresenta uma análise crítica do sistema de saúde brasileiro no contexto de crise econômica e sanitária, denominado **“SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL: O “UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”**.

Por fim, as considerações finais na seção 10 e as referências das citações realizadas na introdução.

Cabe destacar que as seções 1, 6 e 9 compõem a proposta de livro a ser publicado, nomeado com o mesmo título da presente tese de doutorado: **“UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”**: saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária” (no prelo).

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL .....	17
1.2 O SETOR DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE .....	18
1.3 CRISE ECONÔMICA E SEUS EFEITOS NO SISTEMA DE SAÚDE.....	19
1.4 CRISE ECONÔMICA E PLANOS DE SAÚDE.....	24
1.5 CRISE SANITÁRIA: A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL.....	25
1.6 DESIGUALDADES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE.....	27
1.7 JUSTIFICATIVAS E HIPÓTESE DO ESTUDO .....	31
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	33
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
3.1 ASPECTOS ÉTICOS .....	41
<b>4 CRISE ECONÔMICA E GASTO PÚBLICO E PRIVADO EM SAÚDE: TENDÊNCIAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA</b> .....	<b>42</b>
<b>5 CRISE ECONÔMICA E SANITÁRIA E DESEMPENHO DOS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE: SIMILARIDADES E SINGULARIDADES ENTRE BRASIL E EUA</b> .....	<b>62</b>
<b>6 ESTRATÉGIAS PARA EXPANSÃO DO MERCADO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS DE CRISE ECONÔMICA E SANITÁRIA: AÇÕES GOVERNAMENTAIS E PROTAGONISMO DAS EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE</b> .....	<b>82</b>
<b>7 CRISE ECONÔMICA E DISPARIDADES NO GASTO, OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO ENTRE 2011 e 2019</b> .....	<b>151</b>
<b>8 OFERTA PÚBLICA E PRIVADA DE RECURSOS ASSISTENCIAIS, ACESSO E REGULAÇÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL</b> .....	<b>177</b>
<b>9 SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL: “UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”</b> .....	<b>199</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>228</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>238</b>

## 1 INTRODUÇÃO <sup>1</sup>

### 1.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro é composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) público e por um setor privado caracterizado pela comercialização de planos de saúde e pela oferta de serviços privados de forma lucrativa ou filantrópica (BAHIA, 2018).

O setor público é financiado e provido pelo Estado nos níveis de gestão (federal, estadual e municipal), baseado no princípio constitucional da saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

No setor privado, consultórios, clínicas e hospitais são financiados por desembolso direto, pelo SUS (por meio de convênios ou contratos de prestação de serviços) e pelos planos privados de assistência à saúde. Esse último grupo compõe o terceiro subsetor, o da saúde suplementar (PAIM *et al.*, 2011).

As fronteiras entre o público, filantrópico e privado lucrativo são indeterminadas, considerando fatores como a contratação de estabelecimentos privados pelo poder público ou mesmo a prestação privada de serviços em estabelecimentos públicos, como no caso das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Além disso, o próprio setor privado mantém conexões estatais, entre outras, pelas renúncias fiscais.

O apoio governamental à expansão da rede privada com recursos públicos já estava presente durante a configuração das antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (Lei Eloy Chaves, 1923) passando pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP - 1933-38), os quais foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS - 1966), quando iniciou-se o processo de privatização da assistência médica e capitalização do setor saúde. Posteriormente, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS - 1977). Em 1987, ocorreu a formação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que vigorou até 1988, quando o SUS foi criado, oficializando a participação da assistência privada complementar (BAHIA, 1999, 2009; CORDEIRO, 1984; PAIM *et al.*, 2011).

O processo de formulação e consolidação do SUS como política nacional de saúde foi permeado pela disputa entre o modelo de saúde pública e o modelo privatista da saúde; e pelo

---

<sup>1</sup> A presente seção faz parte do livro denominado: “UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”: saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária, originado a partir desta Tese de Doutorado.

incentivo governamental à ampliação do setor privado (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; PONTE; FALLEIROS, 2010). Sua implementação foi acompanhada por políticas de estímulo à aquisição de planos de saúde e incentivos à oferta privada de serviços de saúde (BAHIA, 2009).

## 1.2 O SETOR DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

Os planos e seguros privados de saúde surgiram no Brasil no final da década de 1970 (CORDEIRO, 1984; BAHIA, 1997), antes da promulgação da Constituição Federal que definiu a saúde como direito de todos, em 1988 (BRASIL, 1988) e da criação do SUS (BRASIL, 1990a, 1990b). No final da década 1980, um grande mercado de planos de saúde estava estabelecido no país (BAHIA, 2001).

A regulação do setor privado foi iniciada com a publicação do marco regulatório em 1998 (BRASIL, 1998) e, posteriormente, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no ano 2000, vinculada ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). As empresas de planos de saúde são classificadas em diferentes modalidades: administradora de benefícios, cooperativa médica, cooperativa odontológica, medicina de grupo, odontologia de grupo, autogestão, filantropia e seguradoras especializadas em saúde. Os planos privados de saúde oferecidos podem ser individuais e familiares ou coletivos – por adesão ou empresariais –, com cobertura médico-hospitalar, com ou sem assistência odontológica.

Desde o advento da Agência Reguladora, a quantidade de consumidores de planos de assistência médica, com ou sem odontologia, aumentou consideravelmente até o ano 2014, tendo passado de 30,5 para 50,5 milhões nesse período.

Considerando que a crise mundial de 2008, iniciada nos Estados Unidos, não teve impacto negativo prolongado na economia brasileira, o número de consumidores de planos de saúde continuou aumentando. Somente a partir de 2014, com a recessão econômica instalada no país, o setor privado de saúde sofreu impacto com leve redução do número de consumidores, tendo em vista o aumento do desemprego que impactou na redução dos planos coletivos por trabalhadores formais, além da perda dos planos individuais por profissionais autônomos e clientes que não tiveram condições de continuar arcando com as mensalidades elevadas. Segundo informações da ANS (2021a), entre 2015 e 2017 foram evidenciadas taxas de crescimento negativas e o número de consumidores recuou a 47,1 milhões.

Em 2020, as contratações de planos de saúde voltaram a aumentar. Dados de maio de 2021 apontaram o incremento de mais de 1 milhão de clientes em um ano. Com isso, o setor

alcançou 48,3 milhões de clientes em planos médico-hospitalares, recuperando o patamar registrado em julho de 2016 (ANS, 2021b). O crescimento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, principalmente nos planos coletivos empresariais e entre idosos. Vale ressaltar que em todo esse período as receitas das empresas apresentaram aumento anual, sendo o cenário mais favorável no primeiro ano da pandemia, quando ocorreu aumento da receita e redução das despesas em relação ao ano anterior, devido à redução do índice de sinistralidade decorrente da queda na realização de procedimentos eletivos e das medidas de isolamento social (ANS, 2021a, 2021c).

A despeito da redução do número de clientes no período de crise econômica, o setor conseguiu preservar seu mercado expandindo receitas e, inclusive, voltou a apresentar elevação das contratações no período de crise sanitária e de aprofundamento da crise econômica no país, tendência que pode estar associada com a migração e venda de planos com cobertura restrita.

### 1.3 CRISE ECONÔMICA E SEUS EFEITOS NO SISTEMA DE SAÚDE

Em 2008, o abalo da economia americana provocou uma crise econômica de proporções mundiais a partir do colapso do sistema bancário norte-americano devido à quebra da Lehman Brothers, uma empresa do setor de seguros imobiliários. O país experenciou um longo período de recessão com queda do nível de renda e aumento do desemprego (VAROUFAKIS, 2018).

A crise econômica rompeu paradigmas e expôs os problemas estruturais que culminaram no crescimento lento e instável da economia, e no aumento da desigualdade nas principais economias do mundo, colocando em xeque o tipo de desenvolvimento baseado em padrões de produção, distribuição e consumo não sustentáveis do ponto de vista social, econômico e ambiental. Ao mesmo tempo, fez emergir a discussão sobre a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde (CEPAL, 2020).

As medidas fiscais restritivas adotadas para o enfrentamento da crise econômica de 2008 e da crise europeia geraram tanto impactos sociais, devido ao agravamento de fatores como desemprego, pobreza e falta de moradia, quanto efeitos negativos na saúde, relacionados à redução da cobertura e restrição de acesso aos cuidados (STUCKLER *et al.*, 2017). A situação foi ainda mais dramática em contextos de grandes desigualdades sociais e condições desfavoráveis de saúde, como nos países da América Latina. O acúmulo de problemas basilares, somados aos impactos dos períodos de crise econômica, exacerbou as grandes

brechas estruturais da região, que possui altos níveis de desigualdade, baixa produtividade e baixo crescimento (CEPAL, 2020; LEVCOVITZ; COSTA-COUTO, 2018).

Diversos países da América Latina sofreram cortes nos gastos sociais, incluindo os gastos com saúde, como medida fiscal para enfrentar a crise econômica (LEVCOVITZ; COSTA-COUTO, 2018). A contenção de recursos para a saúde, justificada pela necessidade de reduzir gastos, compromete os serviços públicos de saúde no mesmo momento no qual um maior número de pessoas busca estes serviços justamente pelo aumento do desemprego, diminuição da renda familiar e do poder aquisitivo, debilitando ainda mais a saúde da população (KONDILIS *et al.*, 2013). Outra consequência da adoção de políticas restritivas é o reforço à privatização e mercantilização da saúde, o que compromete a universalidade de sistemas nacionais de saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2018).

Embora a instabilidade decorrente da crise econômica tenha rapidamente se alastrado por países da Europa, seus efeitos não impactaram significativamente o Brasil de forma prolongada, tendo o período de recessão econômica iniciado em 2014 (CARVALHO, 2018). Uma das principais medidas adotadas para o contingenciamento de despesas primárias federais foi o congelamento de gastos sociais durante 20 anos, instituído pela Emenda Constitucional (EC) nº 95, em 2016, inclusive gastos com saúde, restringindo o já insuficiente montante de recursos destinado ao financiamento do SUS (FUNCIA *et al.*, 2018; MENDES; CARNUT, 2020).

As consequências da crise financeira, iniciada em 2008 nos EUA, e da austeridade fiscal sobre a saúde tornaram-se objeto de reflexão sobre relações entre a recessão econômica e desfechos de saúde, bem como a respeito de políticas e programas governamentais acionados no contexto de pressão fiscal. No primeiro grupo de trabalhos encontram-se estudos que se concentram em torno das relações entre determinantes sociais e saúde, correlações entre desemprego, crescimento econômico e taxas gerais de morbidade e mortalidade.

Análises sobre a crise econômica e suas relações com saúde, incluindo respostas dos governos, especialmente de países europeus como Grécia, Irlanda, Espanha, Portugal e Itália, evidenciaram a elevação de problemas, tais como reemergência ou surtos de doenças infecciosas, restrições de acesso a serviços de saúde e suicídios, bem como incremento dos problemas de saúde mental (BARR *et al.*, 2012; DE VOGLI, 2014; SERAPIONI, 2017; WENZL; NACI; MOSSIALOS, 2017).

Alguns desses estudos sinalizaram que a piora nas condições gerais de vida e trabalho afetam as condições de saúde ou o perfil de morbidade e mortalidade da população. Houve aumento de casos de problemas mentais, recrudescimento de surtos de doenças infecciosas e

redução de mortes por acidentes de transporte em função da redução das atividades econômicas (MARMOT; BELL, 2009; BAUMBACH; GULIS, 2014). Além disso, estudo desenvolvido por Madureira-Lima e colaboradores (2018) identificou associação entre tornar-se desempregado e o aumento das necessidades médicas não atendidas. Dessa forma, frente à recessão, evidenciou-se que a perda do emprego prejudicou o acesso aos serviços de saúde na Europa, tendo em vista a diminuição dos recursos financeiros.

Antonova, Bucher-Koenen e Mazzonna (2017) investigaram os efeitos em longo prazo das crises macroeconômicas experimentadas durante a idade ativa, considerando dados da Pesquisa de Envelhecimento e Aposentadoria na Europa. Identificou-se que a saúde dos entrevistados foi mais afetada por crises experimentadas mais tarde na carreira, entre 41 e 50 anos de idade, fazendo com que essas pessoas abandonassem a força de trabalho. Nesse caso, os homens se aposentaram mais cedo e as mulheres foram mais propensas a ser tornarem donas de casa. O estudo sugere que a aposentadoria antecipada em tempos de crise econômica pode ser prejudicial à saúde.

Um trabalho que procurou apreender a influência combinada de indicadores econômicos individuais e autopercepção sobre condições de saúde e no nível macro de 26 países europeus concluiu que a recessão, particularmente a perda de bens de consumo básico, está associada com a redução de autopercepção positiva da saúde, sendo que o efeito das dificuldades econômicas, seja no nível individual ou quando agregadas por família, foi mais intenso em países de alta renda (MAYER; FOSTER, 2015).

Estudo que explorou o impacto da recessão sobre o bem-estar da população em idade ativa do Reino Unido identificou que a autopercepção de saúde das pessoas permaneceu relativamente estável, em média, ao longo da crise econômica. Em contraste, a medida positiva de saúde psicológica diminuiu significativamente durante o período de recessão (BAYLISS; OLSEN; WALTHERY, 2017).

Outras investigações sobre associações entre a crise financeira e saúde voltaram-se ao exame de políticas de saúde, adotando como fio condutor as relações entre a recessão econômica e as respostas governamentais. A abordagem utilizada supõe que respostas políticas distintas para a crise global conduziram a diferentes resultados na área da saúde, indicando a necessidade de estimular pesquisas sobre como as mudanças econômicas afetam a saúde, políticas com potencial para mitigar riscos e a compreensão de características de modelos de bem-estar social e proteção do financiamento público para a saúde (KARANIKOLOS *et al.*, 2013).

A partir de revisão da literatura sobre as desigualdades de saúde nos países do sul da Europa, mais especificamente Espanha, Grécia, Itália e Portugal, Serapioni (2017) descreveu que os governos desses países, ao introduzirem políticas de austeridade diante da crise, congelaram ou mesmo cortaram gastos públicos, contribuindo para a redução do acesso aos serviços preventivos de saúde, sobretudo dentre as pessoas economicamente mais vulneráveis, bem como para o aumento dos gastos privados e expansão da privatização dos serviços de saúde.

Giovanella e Stegmüller (2014), comparando as reformas recentes realizadas em três países europeus, concluíram que a crise financeira acentuou tendências de acionamento de medidas baseadas na restrição de gastos públicos e suas consequências tais como redução de gastos com pessoal e instituição ou elevação de copagamentos e em alguns casos exclusão de coberturas, particularmente na Espanha. Outro enfoque, as repercussões da crise financeira sobre o uso de cuidados médicos de rotina, foi objeto de inquérito, realizado em países afluentes em 2009. O impacto nos EUA foi significativamente maior do que o observado para o Canadá, França, Alemanha e Reino Unido. Enquanto mais de 25% dos americanos relataram reduzir o uso de tais cuidados, a proporção variou entre 5% a 12% dos entrevistados canadenses, franceses, alemães e britânicos, sugerindo que os sistemas de saúde podem desempenhar papéis decisivos como anteparo aos choques econômicos (LUSARDI, 2015).

O trabalho de Wenzl, Naci e Mossialos (2017) teve como objetivo fornecer um arcabouço para a avaliação das mudanças implementadas nas políticas de saúde em uma amostra de países europeus desde 2008, em resposta à crise econômica. Dentre os 45 tipos de políticas adotadas desde 2008, 26 foram relacionados à mudanças na cobertura e acesso aos serviços de saúde, 8 estavam relacionados à redução de preço, 5 relacionadas às mudanças na estrutura do fornecedor, 5 estavam diretamente relacionadas às mudanças na prestação ou na qualidade dos serviços e 1 relacionada à mudança em ministérios ou agências governamentais. Para os autores, as políticas que tiveram como objetivo reduzir custos restringindo a cobertura e o acesso aos serviços provavelmente irão diminuir a equidade, além de terem efeitos incertos sobre a eficiência, principalmente em longo prazo.

Em revisão integrativa que buscou analisar a repercussão da crise financeira global na equidade em saúde e efetividade em comparações internacionais de eficiência dos sistemas de saúde, Schenkman e Bousquat (2019) identificaram que o aumento da privatização dos serviços ou das seguradas de saúde no contexto de crise financeira trouxe riscos à equidade em saúde. Segundo as autoras, os efeitos da austeridade e da financeirização do capital sobre a

igualdade foram deletérios, além de ter prejudicado a implementação da saúde como direito em diversos países, principalmente após a crise.

A crise econômica, intensificada no Brasil a partir de 2014, produz efeitos negativos no sistema de saúde brasileiro, caracterizado pela restrição de recursos financeiros ao SUS, intensificada pelo congelamento de gastos até 2036.

Estudo que analisou os efeitos das crises econômicas e política e das medidas de austeridade sob o sistema de saúde identificou que entre 2000 a 2014, o período anterior à crise, o gasto total com saúde aumentou de 7,0% para 8,3% do PIB e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família passou de 7,6% para 58,2%. No entanto, a partir de 2015 o gasto per capita com saúde pública diminuiu, assim como a cobertura de plano de saúde e aumentaram as mortes por causas violentas e surtos de doenças infecciosas. Conclui que as políticas de austeridade associadas a crises econômicas e políticas geram impactos prejudiciais para o sistema de saúde, as populações mais pobres e vulneráveis (MASSUDA *et al.*, 2018).

Pesquisa sobre os efeitos da recessão econômica nos municípios do Brasil identificou associação entre desemprego e o aumento da mortalidade entre 2012 e 2017, principalmente entre negros, pardos, homens e indivíduos entre 30 e 59 anos e idade, com exceção dos municípios que possuíam maiores gastos com saúde e proteção social, nos quais não foi observada associação entre mortalidade e recessão econômica (HONE *et al.*, 2019).

Ao comparar os efeitos da crise econômica entre dois estados brasileiros com características desiguais, Andrietta e colaboradores (2020) verificaram que a desaceleração macroeconômica foi mais intensa no estado com melhor condição socioeconômica, tendo ocorrido redução dos gastos públicos e da cobertura de seguros privados, embora o gasto privado com saúde tenha aumentado. No estado com menor condição socioeconômica, o gasto público em saúde manteve-se no patamar anterior à crise, sugerindo o impacto das crises econômicas foi sentido de forma diferenciada no sistema de saúde, a depender das condições pré-existentes, do setor privado e dos mecanismos de financiamento locais que compensaram o impacto esperado da crise sobre os serviços assistenciais para os mais pobres.

Em 2020, a economia global foi gravemente afetada pela pandemia de coronavírus, que acarretou a maior contração do PIB e do comércio desde a grande depressão nos anos 1930. Problemas estruturais e crônicos da economia mundial ficaram ainda mais expostos. Os impactos econômicos, sociais e sanitários da pandemia aprofundaram as desigualdades existentes em países da América Latina (CEPAL, 2020).

A influência das condições socioeconômicas no curso da covid-19 foi avaliada em estudo realizado por Rocha e colaboradores (2021), no qual foi constatado que a disseminação inicial e a mortalidade foram mais intensas em regiões do Brasil com maior vulnerabilidade socioeconômica e escassez de recursos hospitalares, tanto no setor público quanto no privado, corroborando os achados de que a crise econômica e a pandemia agravaram as inequidades na saúde.

#### 1.4 CRISE ECONÔMICA E PLANOS DE SAÚDE

No que se refere especificamente ao impacto da crise de 2008 no setor de seguros, incluindo os de saúde, sugere-se que os efeitos sobre as grandes seguradoras americanas, ainda que expostas diretamente ao epicentro dos problemas do mercado imobiliário, tenha sido limitado. A propagação da crise parece não ter ameaçado a solvência do setor de seguros (CAPGEMINI, 2017; CAPGEMINI; EFMA, 2015). Apesar de os riscos relacionados com o mercado de créditos e hipotecas terem sido revelados e as pressões sobre segmentos específicos do setor de seguros, como aqueles associados a bancos de investimentos, terem sido diferenciadas (SCHICH, 2009), observa-se que a crise não afetou países e regiões homoganeamente. O ambiente macroeconômico para a expansão de seguradoras internacionais, em grande parte do mundo, foi favorável em função da elevação do PIB em determinados países à época, bem como da expansão das demandas para contratos de garantias envolvendo propriedades, acidentes, vida e saúde (SANTENAC *et al.*, 2021).

Constata-se, adicionalmente, que o cenário propício à expansão dos seguros aliado com as recomendações para a introdução de esquemas assistenciais baseados no pré-pagamento a organizações e empresas comunitárias, filantrópicas e privadas em países em desenvolvimento e a expansão de coberturas, por meio da adesão a planos privados de saúde promulgada pelo Obamacare, contribuiu para a alavancagem de mercados baseados na lógica dos riscos privados e reorganização de grandes seguradoras de saúde. As grandes operações para aquisição e fusão de empresas envolvendo valores da ordem dos bilhões, sob a justificativa de "reduzir custos operacionais", ilustram o dinamismo do mercado norte-americano (GERENCHER, 2015; BROWN; WEBB, 2021).

No Brasil, sugere-se a ocorrência desse mesmo fenômeno evidenciado entre as seguradoras americanas, no qual as grandes empresas mantêm desempenho favorável durante períodos econômicos recessivos.

## 1.5 CRISE SANITÁRIA: A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

A pandemia de covid-19 deflagrou uma crise sanitária global sem precedentes e mobilizou os sistemas de saúde de diversos países, que direcionaram esforços para o controle de casos e óbitos. A capacidade de resposta de um país pode ser medida por fatores como: planejamento e organização das ações, financiamento, níveis de isolamento social adotados e pela expansão da oferta de leitos para prestação da assistência aos casos suspeitos e confirmados.

Parte da literatura científica nacional e internacional da área de políticas de saúde voltou-se à análise das instalações hospitalares e dos recursos disponíveis frente às projeções de avanço da pandemia. Tais estudos apontaram a necessidade de ampliar o número de leitos e de reforçar as medidas de isolamento social, a fim de reduzir a velocidade de transmissão do vírus e diminuir a pressão sobre os sistemas de saúde (MOGHADAS *et al.*, 2020; NORONHA *et al.*, 2020; WEISSMAN *et al.*, 2020).

O primeiro caso de covid-19 foi diagnosticado no país em fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020a). A disseminação da doença se alastrou a partir das capitais e ocorreu aumento vertiginoso do número de casos entre março e abril, sem que o sistema de saúde estivesse devidamente preparado para absorver os pacientes, o que acarretou formação de filas de pacientes em unidades hospitalares e não hospitalares à espera de leitos de UTI (CERQUEIRA; THOMAS; BRUNO, 2020). No início de outubro, passados quase oito meses após o diagnóstico do primeiro caso, o país continuava enfrentando os efeitos da primeira onda da doença. Ultrapassou a marca de 5 milhões de casos confirmados e 150 mil óbitos (BRASIL, 2020a), mantendo-se entre os países que apresentavam pior desempenho quanto à capacidade de resposta ao covid-19.

No início da pandemia, foi proposta a unificação dos leitos de internação e de UTI públicos e privados por entidades científicas e movimentos sociais. A proposta consistiu na criação de um sistema nacional para regulação de vagas que seria articulado entre o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde dos estados, a fim de garantir atendimento igualitário a todos os cidadãos com suspeita ou diagnóstico de covid-19 (ABRASCO, 2020; GEPS; GPDES, 2020; VIDAS IGUAIS, 2020). No entanto, a medida não foi adotada pelo governo federal, mesmo no momento crítico que algumas capitais do país enfrentaram diante do aumento do número de casos e formação de filas à espera de leitos de UTI público para internação.

A principal estratégia que os países que nos antecederam no enfrentamento da covid-19 encontraram para diminuir a disseminação foi o distanciamento social (FERGUSON *et al.*, 2020) e, após o controle e diminuição constante do número de casos, o retorno gradual e programado de determinadas atividades econômicas (LEUNG *et al.*, 2020; WHO, 2020).

No Brasil, a estratégia de isolamento social não foi plenamente adotada e, no mês de junho de 2020, deu-se início à flexibilização do isolamento em algumas localidades sem que os requisitos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para suspensão gradativa das medidas de isolamento tenham sido observados (WHO, 2020; FIOCRUZ, 2020). O acesso a leitos foi utilizado como principal parâmetro para flexibilizar o isolamento social (RIO DE JANEIRO, 2020; SÃO PAULO, 2020), de modo que, havendo leito disponível, a flexibilização era permitida independentemente de critérios epidemiológicos.

Segundo publicação da European Observatory on Health Systems and Policies, resiliência do sistema de saúde em contextos de crise é a capacidade de se preparar para gerenciar e aprender com as situações de grande impacto no sistema de saúde, onde gerenciar envolve absorver, adaptar e transformar. Um ciclo de grande impacto, denominado choque, possui quatro estágios: 1 - preparação; 2- choque inicial e alerta; 3 - impacto do choque e gestão; 4 - recuperação e aprendizagem (THOMAS *et al.*, 2020).

A fim de aumentar a resiliência, os sistemas de saúde precisam fortalecer suas estratégias de atuação relacionadas a:

- Governança: liderança efetiva e participativa, capacidade de comunicação e coordenação para resposta à crise, sistemas e fluxo de informação eficaz e vigilância para detecção oportuna de choques e seus impactos.
- Financiamento: garantir recursos suficientes no sistema; flexibilidade para realizar compras e realocar fundos de acordo com as necessidades para ampliação da cobertura.
- Recursos: distribuição adequada de recursos humanos e físicos, capacidade de lidar com um aumento repentino da demanda e força de trabalho motivada.
- Prestação de serviços: opção por abordagens alternativas e flexíveis para promover o cuidado.

A avaliação dessas estratégias permite que os países identifiquem potenciais e vulnerabilidades para elaborar o plano de ação, a fim de aumentar a capacidade de resposta e a resiliência. Analisar as experiências de outros países contribui com lições para os formuladores de políticas. Dessa forma, a resiliência pressupõe a capacidade de se preparar, aprender com o choque, viabilizar a recuperação e a preparação para futuros choques.

Tendo em vista a premência de viabilizar atendimento célere e oportuno durante a pandemia, torna-se relevante analisar a capacidade de resposta do sistema de saúde diante da situação de emergência trazida pela doença causada pelo coronavírus, além de avaliar a oferta e o acesso a serviços de saúde públicos e privados no Brasil.

## 1.6 DESIGUALDADES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE

O Brasil possui diversas heterogeneidades demográficas, econômicas e sociais. Desigualdades que repercutem no sistema de saúde, com marcantes iniquidades na capacidade assistencial entre as cinco regiões do país (PAIM *et al.*, 2011). A maioria dos recursos assistenciais hospitalares e de diagnóstico são privados e atendem tanto ao setor privado quanto ao setor público (VIACAVA *et al.*, 2018). Persistem grandes desigualdades regionais no acesso a serviços – oferta de médicos ou leitos per capita, beneficiários de planos de saúde – a despeito do crescimento de indicadores de desenvolvimento socioeconômico ocorridos no século atual (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Os leitos de terapia intensiva incluem-se entre as maiores deficiências na oferta de cuidados à saúde do SUS. Em função da expansão de hospitais privados e de dificuldades de investimento público, a proporção dos leitos SUS para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) era 63% em 2000 e diminuiu para 53,4% em 2019 (BRASIL, 2020b).

Além disso, existe desproporção de recursos para acesso e uso, segundo estratificação e tipo de procedimento. Os leitos de internação de maior complexidade no país, como os de UTI Tipo III, têm uma tendência de concentração ainda maior nas Regiões Sul (2 leitos/100 mil habitantes) e Sudeste (1,5 leitos/100 mil habitantes). Já na Região Norte, a taxa é de 0,03 leitos de UTI Tipo III/100 mil habitantes, agravada pelo fato de mais de 90% desse tipo de leito estar disponível somente para o setor privado (BRASIL, 2020b). Dessa forma, os recursos assistenciais em saúde tendem a ser triplamente concentrados de acordo com características regionais, demanda e oferta pública ou privada, e complexidade dos recursos assistenciais.

A despeito de possuir um sistema universal e público de saúde, simultaneamente, 28,5% da população está vinculada a planos privados de assistência médico-hospitalar com ou sem odontologia (IBGE, 2020). A segmentação das clientela gera iniquidades relacionadas ao financiamento da saúde, com elevado percentual de gasto privado (BRASIL, 2018). Ao contrário da maior parte dos países que possuem elevada proporção de gastos privados por predominância de gastos diretos efetuados para pagamento posterior de atividades assistenciais e medicamentos, no Brasil o maior percentual de gasto privado ocorre por gasto com plano de

saúde (ANDRIETTA *et al.*, 2021). Além disso, a literatura científica evidencia as desigualdades existentes quanto ao acesso, oferta e utilização dos serviços de saúde a depender das condições de renda e escolaridade dos indivíduos (CNDSS, 2008).

A tensão entre o sistema universal formal e a presença de grandes grupos econômicos no setor de seguro saúde, hospitalar e de diagnóstico se projeta na rede de serviços. A rede pública, de modo geral, dispõe de menor capacidade de investimentos tecnológicos e remuneração de profissionais de saúde do que determinadas empresas privadas setoriais. Embora a rede pública tenha uma capacidade instalada capilarizada e reconhecidamente qualificada para o atendimento de determinados agravos e algumas especialidades, existem lacunas assistenciais tanto no que se refere à distribuição territorial dos serviços de saúde quanto no que diz respeito a determinados procedimentos médico-hospitalares.

Os fundamentos valorativos dos sistemas de saúde podem ser regidos por princípios igualitários ou pelo modelo baseado no liberalismo econômico. A visão igualitária é pautada no acesso aos cuidados em saúde como direito do cidadão, o qual não deveria ser influenciado por critérios de renda e riqueza. Já na visão liberal, o acesso aos cuidados em saúde é racionado pela capacidade de pagar, visto como parte do sistema de recompensa da sociedade e, assim, o indivíduo pode usar a sua renda para ter acesso a melhores cuidados em saúde (WILLIAMS, 1993 *apud* WAGSTAFF; DOORSLAER, 2000).

Questões econômicas, políticas e ideológicas influenciaram o desenvolvimento de sistemas de proteção social em países europeus. Os sistemas pautados no liberalismo são baseados na assistência aos pobres e, portanto, são residuais. Caracterizam-se pela cidadania invertida, tal como denominado por Paim e Silva (2010).

A visão liberal predomina na configuração do sistema de saúde estadunidense. No Brasil, os princípios igualitários estão presentes na formatação do sistema público de saúde de acesso universal, embora 1/4 da população esteja vinculada a planos privados (IBGE, 2020).

A partir dessa inspiração teórica, depreende-se que a conformação do sistema de saúde brasileiro foi marcada pela combinação de ambas as concepções ideológicas, tendo em vista que o SUS preconiza o acesso universal aos cuidados em saúde como direito do cidadão, enquanto no setor privado o acesso à saúde é condicionado à possibilidade de pagamento.

Embora a equidade não esteja relacionada dentre os princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: igualdade, universalidade e a integralidade, o termo é utilizado em documentos técnicos e normativos como sinônimo de igualdade (PAIM; SILVA, 2010).

Igualdade e equidade são consideradas como sendo princípios opostos para as desigualdades socioeconômicas e de saúde. No caso do acesso aos serviços de saúde, as grandes desigualdades poderiam perdurar caso os desiguais fossem tratados de forma igual. Dessa forma, a equidade visa à melhor distribuição dos recursos e à priorização dos que mais necessitam, a fim de alcançar a igualdade. Além disso, a equidade possibilita alcançar a justiça, a partir da prestação de serviços que buscam atender às necessidades de um grupo ou categoria alvo das intervenções (PAIM; SILVA, 2010).

Culyer e Wagstaff (1993) analisaram quatro definições de equidade nos cuidados em saúde, quais sejam: igualdade de utilização, distribuição de acordo com a necessidade, igualdade de acesso e igualdade de saúde; descritas a seguir.

A igualdade de utilização envolve a igualdade de despesas *per capita* e a priorização da alocação orçamentária, não levando em consideração a necessidade de saúde (CULYER; WAGSTAFF, 1993).

A distribuição de acordo com a necessidade, frequentemente encontrada na literatura e em documentos de política, encontra obstáculos devido à falta de uma definição clara sobre o significado de necessidade. Uma versão define que pessoas que possuem necessidades iguais devem ser tratadas da mesma forma, enquanto a segunda versão destaca que pessoas com maiores necessidades devem ser tratadas de forma mais favorável. Com isso, os autores propõem uma nova definição de ‘necessidade’: pessoas em situação de desigualdade precisam ser tratadas de forma proporcional à desigualdade de necessidades (CULYER; WAGSTAFF, 1993).

A necessidade é geralmente identificada como a existência de problemas de saúde, ou seja, pessoas que estão doentes possuem maior necessidade. A questão, segundo os autores, é que o indivíduo pode precisar de cuidados preventivos de saúde e não estar doente ou estar doente e precisar de cuidados de saúde mais eficientes (custo-benefício) ou, ainda, estar doente e não precisar de cuidados de saúde (quando não há tecnologia disponível para melhorar sua saúde, a necessidade no caso pode ser de conforto). Dessa forma, os autores consideram que a distribuição de acordo com a necessidade é um princípio anti-igualitário, por dar origem a diferentes distribuições de cuidados em saúde, dependendo da interpretação de necessidade adotada (CULYER; WAGSTAFF, 1993).

Outra definição para a equidade nos cuidados em saúde é a ‘igualdade de necessidades marginais satisfeitas’, em termos de capacidade de se beneficiar. Nesse caso, as ‘necessidades’ são classificadas conforme a prioridade e a equidade é a alocação de recursos de forma a

atender às necessidades marginais, promovendo igualdade entre regiões, programas e grupos (CULYER; WAGSTAFF, 1993).

A terceira definição de equidade descrita pelos autores é a ‘igualdade de acesso’. O princípio assume que o acesso aos cuidados de saúde relacionado à necessidade deve ser o mesmo para quem tem necessidades iguais, mas diferente para as pessoas que possuem necessidades diferentes, mas assim como o termo ‘necessidade’, a definição de ‘acesso’ também não é clara. A ‘igualdade de acesso’ pode ser interpretada como sinônimo de igualdade de utilização, igualdade de oportunidade, igualdade de preços e igualdade de consumo. No entanto, as condições de acesso são influenciadas por fatores como condições socioeconômicas e de renda, além dos custos dos cuidados em saúde. Então, as mesmas condições de acesso não serão garantidas ou, para ter igualdade de acesso, os indivíduos com menos condições financeiras irão sacrificar outros bens para consumir a mesma quantidade de cuidados em saúde (CULYER; WAGSTAFF, 1993).

Os conflitos entre as diferentes interpretações de acesso são apontados. A igualdade de preços não necessariamente resulta em igualdade de consumo de cuidados de saúde e vice-versa. A igualdade de consumo pode não resultar em igualdade de consumo máximo atingível ou em igualdade de preços. Ainda que a igualdade no consumo máximo de cuidados de saúde seja garantida, o indivíduo que possui menor renda pode ter alcançado o consumo máximo mediante preços mais baixos (CULYER; WAGSTAFF, 1993).

A noção de ‘necessidade’ contribui para determinar quais recursos devem ser distribuídos, enquanto o acesso aos cuidados em saúde é importante para a formulação de políticas. A ‘igualdade de acesso’ não é capaz de produzir uma distribuição igualitária da saúde, ainda que seja aplicada apenas àqueles em igual necessidade. No entanto, esse princípio é uma condição necessária para se aproximar de uma distribuição igual de saúde, sendo relevante que a alocação de recursos e tratamentos de forma eficiente (CULYER; WAGSTAFF, 1993).

Ao considerarem que a saúde é uma condição necessária para o indivíduo ‘florescer’ como ser humano, os autores assumem que uma distribuição justa de saúde é uma distribuição igual. Nesse contexto, argumentam que a igualdade de saúde deve ser o princípio dominante e que a equidade em saúde implica em oferecer o cuidado de forma a alcançar uma distribuição igualitária da saúde. A equidade na atenção à saúde implica em distribuir a atenção à saúde de modo a equalizar a saúde (CULYER; WAGSTAFF, 1993).

## 1.7 JUSTIFICATIVAS E HIPÓTESE DO ESTUDO

Desde o início da crise econômica originada nos EUA, diversos estudos, especialmente em países europeus, se propuseram a analisar as consequências da crise financeira e da austeridade fiscal sobre aspectos relacionados à saúde e aos sistemas de saúde. Os efeitos da pandemia de covid-19 sobre os sistemas de saúde também têm sido pesquisados. No entanto, os impactos das crises econômicas e da crise sanitária sobre o mercado privado de saúde, bem como as consequências para o sistema de saúde brasileiro, ainda são pouco explorados.

O Brasil dispõe de pesquisas sobre condições de vida e saúde e sobre os efeitos da crise econômica e das medidas fiscais restritivas no financiamento da saúde. Contudo, diante dos indícios de desempenho favorável das empresas de planos e seguros de saúde durante períodos econômicos recessivos, em um contexto de redução de recursos públicos para o SUS, torna-se relevante avançar nos estudos sobre os impactos das crises financeira e sanitária global no sistema de saúde.

Toda a trajetória do setor privado de saúde até os tempos atuais de crise econômica se pauta por propostas e estratégias, que buscam criar novos arranjos a fim de diversificar o mercado, preservar os ganhos financeiros e alavancar a venda de planos e seguros de saúde para a população. Identificar tais ações e estratégias permite ampliar a compreensão e o leque de análises relacionadas às disparidades entre o público e o privado na saúde, relacionadas ao financiamento, à distribuição de recursos e ao acesso aos cuidados.

Diante da crise econômica, o debate sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde, mobilizado pelos governos, sociedade civil e organismos multilaterais, se fez premente e foi intensificado nos últimos tempos, girando em torno do financiamento da saúde, acesso, cobertura e organização dos sistemas. Vertentes estas que permitem analisar se os direcionamentos governamentais adotados ao longo dos anos se coadunam com o princípio da universalidade que norteou o arcabouço jurídico-legal do sistema de saúde no Brasil e em países da América Latina.

As discrepâncias entre o público e o privado originaram análises fundamentais sobre o sistema de saúde no Brasil (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; BAHIA, 2009). O desenrolar da crise econômica iniciada em 2014 e o início da crise sanitária derivada da pandemia de covid-19, trouxeram novos elementos que necessitam ser destrinchados nas análises atuais, dada a intensa repercussão das referidas crises no sistema de saúde brasileiro.

Em um contexto de restrição de recursos públicos, torna-se imprescindível avaliar as consequências da crise econômica e sanitária sobre o sistema de saúde, tendo como objeto as

repercussões para os setores público e privado, com foco na suscetibilidade das empresas de planos e seguros de saúde aos ciclos econômicos e consequente instabilidade para o sistema de saúde brasileiro, buscando ampliar a compreensão sobre as especificidades da crise e seus efeitos no sistema de saúde no Brasil e identificar aspectos que nos aproximam ou nos afastam do princípio de universalidade do SUS.

O pressuposto que serve como fio condutor para as análises realizadas no âmbito da presente tese de doutorado é o da conformação de uma complexa tendência de reorganização e expansão de arranjos privados financeirizados, que visam ao fortalecimento do setor privado de saúde, em diferentes ciclos econômicos e durante a crise sanitária deflagrada pela pandemia de covid-19. Tal fato ocorre com apoio governamental em detrimento do SUS público, impedindo a consolidação da universalidade nos termos preconizados na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar os efeitos da crise econômica e da crise sanitária no sistema de saúde no Brasil, tendo como objeto as repercussões para os setores público e privado, subsidiando a reflexão e o debate sobre o dinamismo das empresas de planos e seguros, as desigualdades entre o público e o privado na saúde, e a concepção ideológica que norteia as políticas de saúde no país.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Analisar o financiamento da saúde diante da crise econômica, por meio de indicadores relacionados ao gasto público e privado em saúde no Brasil, em países da América Latina e o panorama mundial;
- ❖ Examinar o desempenho de empresas de planos e seguros de saúde no Brasil em distintos contextos econômicos, incluindo os impactos das crises financeiras – iniciadas em 2008 nos EUA e em 2014 no Brasil, bem como da crise sanitária deflagrada pela pandemia de covid-19, em 2020 – no mercado privado de saúde;
- ❖ Mapear e sistematizar as estratégias empresariais e as políticas governamentais para preservação, expansão e diversificação do mercado privado de saúde, contextualizando com o cenário de crise econômica e sanitária enfrentado pelo país;
- ❖ Sistematizar informações sobre os subsídios públicos voltados ao estímulo direto ou indireto à oferta e demanda de planos e seguros de saúde;
- ❖ Analisar a tendência de indicadores econômicos e assistenciais relacionados ao gasto público, ao desempenho econômico das empresas de planos privados de saúde, à oferta e utilização de recursos assistenciais nos setores público e privado de saúde, em distintos ciclos econômicos;
- ❖ Avaliar a oferta e o acesso a serviços de saúde públicos e privados no Brasil durante a pandemia de covid-19, identificando aspectos que nos aproximam ou afastam do princípio de universalidade do SUS e;
- ❖ Apresentar informações, reflexões e análise crítica sobre o sistema de saúde brasileiro, sob a ótica da concepção ideológica que norteia as políticas de saúde no país e das desigualdades entre o público e o privado na saúde.

### 3 METODOLOGIA

A fim de atender aos objetivos delineados na tese, foram elaborados seis estudos que versaram sobre temáticas envolvendo ciclos econômicos; crise sanitária; gasto público e privado com saúde; desempenho de empresas de planos de saúde no Brasil e nos EUA; estratégias empresariais e políticas governamentais para preservação, expansão e diversificação do mercado privado de saúde; subsídios fiscais e gasto tributário com saúde; oferta e utilização de serviços pré e pós-crise econômica, bem como durante a crise sanitária; desigualdades entre o público e privado na saúde; e análises sobre o sistema de saúde brasileiro.

Para tanto, procedeu-se à extensa pesquisa bibliográfica e documental, bem como à análise de ampla gama de dados e informações. A pesquisa de artigos e publicações foi realizada em bases de dados eletrônicos – Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, PubMed e Scopus – e em sítio de busca na internet – Google Scholar.

Foram consultados documentos oficiais e extraídos dados secundários disponíveis em fontes governamentais nacionais e internacionais, bem como disponibilizados por organismos multilaterais. As fontes governamentais nacionais consultadas incluíram órgãos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no Brasil.

As atividades do Poder Executivo foram analisadas a partir da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação das empresas de planos e seguros privados de saúde que atuam no país. A pesquisa abrangeu a verificação de normativos regulatórios e reclamações de consumidores de planos de saúde, assim como análise de dados relacionados ao setor privado de saúde.

Foi realizada, ainda, busca por balanço de empresas, análises financeiras elaboradas por consultorias empresariais especializadas no setor privado de saúde e notícias veiculadas pela mídia especializada e comercial. As informações provenientes de notícias e de consultorias complementaram o leque de fontes usufruídas, a fim de robustecer as análises, dada a abrangência das temáticas abordadas nos estudos realizados, a pequena quantidade de artigos publicados sobre os efeitos das crises econômica e sanitária no *mix* público e privado de saúde e a necessidade de examinar as ações governamentais.

Além das questões metodológicas supramencionadas, cabe ainda tecer detalhamentos acerca de cada estudo em particular. No primeiro, foi realizada análise de indicadores econômicos e relacionados ao gasto público e privado em saúde no Brasil e na região da

América Latina e Caribe, a partir de consulta a documentos oficiais e extração de dados secundários disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e por organismos multilaterais, quais sejam: Banco Mundial, Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O desempenho da referida região e de países latino-americanos selecionados – Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai –, foi comparado com resultados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e globais.

A investigação dos impactos da crise econômica e sanitária no setor privado de saúde foi realizada na segunda pesquisa elaborada, a partir do levantamento de informações sobre indicadores socioeconômicos e o desempenho econômico-financeiro de empresas de planos de saúde brasileiras e seguradoras americanas a partir da crise econômica iniciada, em 2008 nos EUA, em 2014 no Brasil, e aprofundada pela crise sanitária decorrente da pandemia de covid-19.

Os documentos oficiais e dados secundários consultados foram provenientes de fontes governamentais nacionais e americanas – Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC), bem como provenientes de organismos multilaterais – Banco Mundial e Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL). Além disso, foi realizada busca por balanço de empresas, análises financeiras elaboradas por consultorias empresariais especializadas no setor privado de saúde e notícias correlatas, veiculadas pela mídia especializada e comercial, que versaram sobre a temática em questão.

No terceiro estudo, foram mapeadas e sistematizadas as estratégias para preservação, expansão e diversificação do mercado privado de saúde, incluindo as ações governamentais que favorecem a expansão e disseminação do setor privado, incluindo os subsídios públicos para o setor de planos de saúde, e os mecanismos adotados pelas empresas para conter custos e despesas assistenciais. Foram ainda contempladas as propostas apresentadas durante a crise sanitária causada pela pandemia de covid-19 no país.

Quanto aos subsídios públicos, foram verificados os gastos tributários com saúde e, especificamente, com planos de saúde, os quais foram solicitados por meio da Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação por não serem divulgados no sítio eletrônico da Receita Federal (BRASIL, 2022), nos termos da Lei de Acesso à Informação (LAI) (BRASIL, 2011), porém não foram fornecidos pelo Ministério da Economia, tendo em vista que, de acordo com o órgão, a disponibilização dos dados sobre gasto tributário com plano de saúde no

Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) “[...] constitui informação nova e depende da criação/atualização de consultas à base de dados, demandando a realização de trabalho adicional de extração, limpeza, análise, interpretação e consolidação de dados e informações, o que é vedado pelo art. 13, III, do Decreto no 7.724, de 2012 [...]”.

De todo modo, a informação relativa aos gastos tributários com planos de saúde, no período de 2007 a 2018, foi obtida por meio de dados da Receita Federal constantes em publicação do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, composto pelos Secretários-Executivos do Ministério da Economia, Casa Civil e Controladoria Geral da União (CMAP, 2020).

A quarta pesquisa, denominada “CRISE ECONÔMICA E DISPARIDADES NO GASTO, OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO ENTRE 2011 e 2019”, teve como objetivo analisar as repercussões da crise econômica sobre os setores público e privado do sistema de saúde brasileiro a partir da tendência de indicadores econômicos e assistenciais relacionados ao gasto, ao desempenho econômico de planos privados de saúde, à oferta e utilização de recursos assistenciais, em dois períodos: pré-crise econômica (2011 a 2014) e a partir da crise (2014 a 2019).

Foram analisados indicadores econômicos e assistenciais elaborados a partir fontes de dados públicas. Os indicadores sobre gasto público com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) por nível de governo (federal, estadual e municipal) foram obtidos a partir da extração de dados provenientes do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) do governo federal e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) - Indicadores Estaduais e Municipais. Os gastos tributários com saúde tiveram como fontes os dados disponibilizados pela Receita Federal - Ministério da Economia, referentes às “Despesas Médicas”, no IRPF, e à “Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados”, no IRPJ, assim como no estudo anteriormente mencionado.

Os dados referentes às empresas de planos de saúde, considerando as receitas, despesas assistenciais e produção assistencial, foram extraídos a partir das informações disponibilizadas pela ANS.

Os dados sobre produção de serviços públicos foram retirados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), enquanto as informações sobre

oferta pública e privada de serviços foram coletadas, via Tabnet, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no DATASUS.

O valor médio por internação no SUS despendido pelo governo federal foi extraído do SIH/DATASUS e nos planos de saúde, do mapa assistencial da ANS.

Os indicadores *per capita* foram calculados considerando as projeções da população brasileira do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o número de clientes de plano de saúde divulgado pela ANS.

O quinto estudo elaborado, publicado em revista científica, se debruçou sobre a análise da oferta e acesso a serviços públicos e privados de saúde no Brasil durante a pandemia de covid-19. O acesso a leitos foi avaliado por meio da quantidade de leitos de terapia intensiva (UTI) públicos e privados direcionados para tratamento de covid-19, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e obtidos via Tabnet, enquanto o acesso da população que recorreu aos serviços públicos e privados de saúde com suspeita ou diagnóstico de covid-19 foi estimado a partir de informações sobre taxa de ocupação de leitos, ocorrência de filas e dificuldade para atendimento. No que tange às relações entre o SUS e o setor privado assistencial, as ações realizadas e medidas propostas para oportunizar o acesso foram identificadas a partir do posicionamento de órgãos públicos, da ANS e de entidades empresariais.

A série é completada pelo último estudo realizado, intitulado “SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL: O “UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”, que teve a finalidade de apresentar conceitos e reflexões sobre a relação entre os componentes público e privado no sistema de saúde no Brasil, reunindo todo o material e os resultados obtidos nos trabalhos anteriores. Nesse estudo, foram formuladas análises, informações e reflexões sobre como o princípio da universalidade se expressa no sistema de saúde brasileiro, considerando as desigualdades entre o *mix* público e privado na saúde e o contexto de crise econômica e sanitária. Foram apontados, ainda, os principais aspectos envolvendo a tríade SUS, setor privado de saúde e a concepção ideológica que norteia as políticas de saúde no país.

Todos os valores monetários foram deflacionados para Reais de 31 de dezembro de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2022), principal indicador de inflação utilizado no Brasil.

O presente estudo teve como escopo as empresas de planos de saúde e, portanto, não incluiu a abordagem sobre os recursos públicos destinados à contratação de prestadores

privados para prestação da assistência à saúde no SUS, embora tal prática se constitua como outra forma de subsídio estatal que colaboram para a expansão do setor privado no país.

Foram desenvolvidos, no escopo da tese, os referenciais teóricos baseados nos aportes da literatura sobre concepção dos sistemas de saúde (WAGSTAFF; DOORSLAER, 2000), financiamento para saúde (SCHÄFERHOFF *et al.*, 2019), equidade e igualdade em saúde (CULYER; WAGSTAFF, 1993), equidade no financiamento e utilização dos cuidados em saúde (WAGSTAFF; DOORSLAER, 2000); resiliência de sistemas de saúde em contextos de crise (THOMAS *et al.*, 2020) e análises sobre o sistema de saúde no Brasil (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; BAHIA, 2009). Trata-se de um marco referencial teórico eclético, cujas matrizes conceituais compartilham pressupostos sobre a relevância de sistemas de saúde universais.

O quadro 1 detalha a base empírica da tese, adequada à apreensão de correlações entre ciclos econômicos e suas repercussões sobre o sistema de saúde, as empresas de planos e seguros de saúde, a destinação de fundos públicos para a saúde e as interfaces com a agenda pública.

**Quadro 1 - Base empírica da tese, incluindo as informações e variáveis pesquisadas e respectivas fontes**

<b>Blocos de Dados/ Informações</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Fontes de Informação</b>
<b>Ciclo econômico</b>	Crescimento, retração, recessão	PIB Brasil variação %  PIB EUA variação %	IBGE Banco Mundial  CDC
	Mercado de Trabalho	Emprego	IBGE
<b>Financiamento da saúde</b>	Gasto público e privado em saúde	Gasto % e per capita, Gasto público % do PIB, Gasto privado %	Banco Mundial OCDE
	Orçamento da saúde	Gasto com ASPs por nível de governo (federal, estadual e municipal)	Federal (MS): Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) do governo federal  Estados e municípios: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) - Indicadores Estaduais e Municipais
	Agenda de organismos multilaterais	-	Banco Mundial CEPAL OMS OPAS

	Subsídios públicos e isenções fiscais	Gasto tributário em saúde, Gasto tributário com despesas médicas (IRPF) e assistência médica a empregados (IRPJ)	Ministério da Economia – Receita Federal Publicações
	Subsídios públicos e isenções fiscais	Gasto tributário com planos de saúde	Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
	Subsídios públicos e isenções fiscais	Descontos concedidos a empresas de planos de saúde para pagamento de dívidas com a União	REFIS - Ministério da Economia
	Subsídios públicos e isenções fiscais	Descontos concedidos a empresas de planos de saúde para pagamento de multas aplicadas pelo órgão regulador	ANS
	Subsídios públicos e isenções fiscais	Liberação de créditos por instituições públicas para empresas do setor privado de saúde	Banco do Brasil BNDES CEF
	Subsídios públicos e isenções fiscais	Patrocínio de planos privados para servidores públicos	Ministério da Economia
	Débitos de empresas de planos de saúde com o Fundo Nacional de Saúde	(Não) Ressarcimento de empresas de planos de saúde ao SUS	ANS
	Valor pago por internação	Valor médio pago por internação no SUS pelo governo federal  Valor médio pago por internação pelos planos de saúde	SIH/DATASUS  Mapa assistencial da ANS
<b>Planos e seguros privados de saúde</b>	População vinculada	Número de clientes no Brasil série histórica  Número de clientes nos EUA série histórica	ANS  ; CDC
	Dados econômico-financeiros das empresas	Planos de saúde Brasil: receitas e despesas (total e per capita), lucratividade e rentabilidade das empresas  Seguradoras EUA: receitas e lucro líquido	ANS  Consultorias para seguradoras, organizações sociais e notícias
	Movimentos do setor	Número de empresas Fusões e aquisições	ANS ANS CADE Publicações Noticiário

	Pleitos por cobertura	Reclamações de consumidores no órgão regulador  Ações judiciais	ANS  CNJ STF TJ/RJ TJ/SP Publicações
	Estratégias empresariais, proposições e iniciativas políticas	-	ANS Legislação e Projetos de Lei Documentos e posicionamento das entidades representativas de planos e hospitais privados Publicações Noticiário
<b>Oferta pública e privada de recursos assistenciais</b>	Leitos de internação	Leitos de internação geral  Leitos de internação por 1.000 habitantes	DATASUS/CNES/Tabnet População: IBGE e ANS
	Leitos de UTI	Leitos complementares (leito de UTI adulto e leito de UTI neonatal/pediátrica)	DATASUS/ CNES/Tabnet População: IBGE e ANS
	Leitos de UTI covid-19	Leitos complementares (leito de UTI covid-19 adulto e leito de UTI covid-19 neonatal/pediátrica por tipo de prestador e esfera jurídica)	DATASUS/ CNES/Tabnet Boletins de Secretarias de Saúde Noticiário
	SADT	Número de tomógrafos computadorizados (absoluto e por 100.000 habitantes)  Número de aparelhos de ressonância magnética (absoluto e por 100.000 habitantes)	DATASUS/ CNES/Tabnet População: IBGE e ANS
<b>Acesso a recursos assistenciais públicos e privados</b>	Produção de serviços públicos e privados de saúde	Taxa de internação geral por 1000 habitantes  Número de consultas médicas ambulatoriais e por pessoa  Quantidade de procedimentos radioterápicos por 1000 habitantes  Quantidade de procedimentos quimioterápicos por 1000 habitantes	SIA/DATASUS SIH/DATASUS Mapas assistenciais da ANS População: IBGE e ANS
	Acesso a leitos de UTI para tratamento de covid-19	Ocorrência de filas e dificuldade para atendimento	ANS CNJ STF TJ/RJ TJ/SP Noticiário

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da presente tese serão apresentados, a seguir, na forma dos 6 (seis) estudos realizados, sendo um capítulo de livro, três artigos publicados e duas pesquisas que irão compor o livro a ser publicado.

### 3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que os estudos elaborados no âmbito desta pesquisa utilizam fontes secundárias e de domínio público, sem identificação de indivíduos, em acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, não foi necessário o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro para avaliação quanto aos riscos a seres humanos.

## **4 CRISE ECONÔMICA E GASTO PÚBLICO E PRIVADO EM SAÚDE: TENDÊNCIAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA <sup>2</sup>**

### **1 INTRODUÇÃO**

A crise econômica rompe paradigmas e expõe os problemas estruturais que culminam no crescimento lento e instável da economia e do comércio mundial e no aumento da desigualdade nas principais economias do mundo, colocando em xeque o tipo de desenvolvimento baseado em padrões de produção, distribuição e consumo não sustentáveis do ponto de vista social, econômico e ambiental, ao mesmo tempo que faz emergir a discussão sobre a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2020a).

As medidas fiscais restritivas adotadas para o enfrentamento da crise econômica de 2008 e da crise europeia geraram tanto impactos sociais, devido ao agravamento de fatores como desemprego, pobreza e falta de moradia, quanto efeitos negativos na saúde, relacionados à redução da cobertura e restrição de acesso aos cuidados (STUCKLER et al., 2017). A situação foi ainda mais dramática em contextos de grandes desigualdades sociais e condições desfavoráveis de saúde, como nos países da América Latina. O acúmulo de problemas basilares somados aos impactos dos períodos de crise econômica exacerbou as grandes brechas estruturais da região, que possui altos níveis de desigualdade, baixa produtividade e baixo crescimento (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2020a; LEVCOVITZ; COSTA-COUTO, 2018).

Diversos países da América Latina sofreram cortes nos gastos sociais, incluindo os gastos com saúde, como medida fiscal para enfrentar a crise econômica (LEVCOVITZ; COSTA-COUTO, 2018). A contenção de recursos para a saúde, (in)justificada pela necessidade de reduzir gastos, compromete os serviços públicos de saúde no mesmo momento no qual um maior número de pessoas busca esses serviços justamente pelo aumento do desemprego, diminuição da renda familiar e do poder aquisitivo, comprometendo ainda mais a saúde da população (KONDILIS et al., 2013). Outra consequência da adoção de políticas restritivas é o reforço à privatização e mercantilização da saúde, comprometendo a universalidade de sistemas nacionais de saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2018).

---

<sup>2</sup> Capítulo apresentado para compor o livro: “A Crise Econômica e os Sistemas Universais de Saúde na América Latina”, lançado no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO, em novembro de 2022.

Diante da crise econômica, o debate sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde, pautado pelos governos, sociedade civil e organismos multilaterais, se fez premente e foi intensificado nos últimos tempos, girando em torno do financiamento da saúde, acesso, cobertura e organização dos sistemas. Vertentes essas que, sob a ótica da dinâmica entre os gastos público e privado em saúde, permitem analisar se os direcionamentos governamentais adotados se coadunam com o princípio da universalidade que norteou o arcabouço jurídico-legal dos sistemas de saúde em países da América Latina.

O presente capítulo tem como objetivo abordar o financiamento da saúde diante da crise econômica na América Latina e Caribe, por meio da análise de indicadores econômicos e relacionados ao gasto público e privado em saúde,<sup>3</sup> tendo sido comparado o desempenho da referida região e de países latino-americanos selecionados – Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai –, com resultados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e globais.

Para tanto, foi realizada consulta a documentos oficiais e extração de dados secundários disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e por organismos multilaterais, quais sejam: Banco Mundial, Comissão Econômica para a América Latina (Cepal), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Além disso, foram pesquisados artigos e publicações em bases de dados eletrônicos e sítios de busca na internet.

Buscou-se, ainda, elucidar os desafios para o financiamento da saúde na América Latina e Caribe, especialmente para o sistema de saúde brasileiro, frente às orientações das organizações internacionais voltadas ao enfrentamento da crise econômica e à promoção do desenvolvimento da região.

## **2 ATIVIDADE ECONÔMICA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE**

Em 2019, a Cepal fez uma análise do panorama da atividade econômica, constatando uma desaceleração do volume do comércio global e de exportações da região e projetando uma continuidade da sequência de sete anos de baixo crescimento no conjunto de países (CEPAL,

---

<sup>3</sup> Gasto público é a soma das despesas com saúde pública feitas pelas entidades do governo, incluindo os serviços gerados pelas unidades de saúde municipal, estadual e federal, bem como despesas governamentais com os serviços adquiridos em estabelecimentos de saúde privados e medicamentos de distribuição gratuita.

Gasto privado corresponde ao gasto de famílias e empresas com planos e seguros privados de saúde, ao gasto de famílias com desembolso direto para realização de serviços de assistência à saúde e compra de medicamentos, e ao gasto de instituições sem fins lucrativos que prestam atendimento à população.

2019) Entre 2014 e 2019, a taxa de crescimento foi de 0,4% em média na região e, nesse ano, o desempenho econômico e do mercado de trabalho apresentava situação de estagnação, com crescentes vulnerabilidades sociais e macroeconômicas (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2020b).

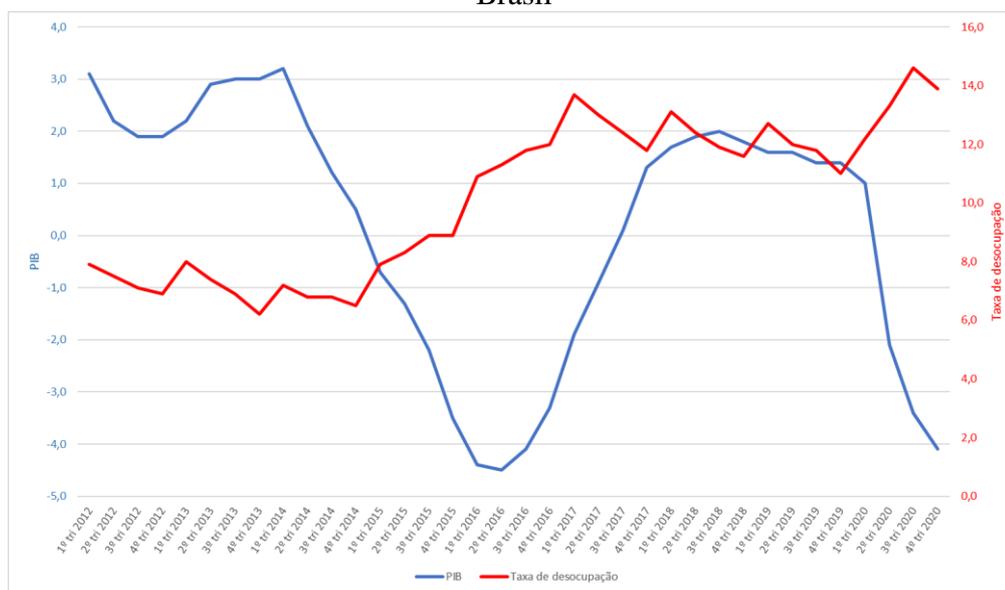
A pandemia da covid-19, iniciada em 2020, acarretou o aumento dos níveis de endividamento dos países. Além disso, foi identificado um profundo e crescente declínio do investimento estrangeiro direto na região. De acordo com a Cepal, a América Latina e Caribe passaram a figurar como a região mais endividada do mundo em desenvolvimento e que conta com o maior serviço de dívida externa em relação às exportações de bens e serviços (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2021a). Considerada a pior crise econômica do século enfrentada por essa região, num contexto de acentuada contração do Produto Interno Bruto (PIB), recuperação lenta e alto grau de incerteza econômica perante a evolução da pandemia, estima-se um expressivo aumento da desigualdade, um retrocesso de 15 anos nos níveis de pobreza e de 30 anos nos níveis de pobreza extrema, que retornará aos patamares de 1990, atingindo 96 milhões de pessoas (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2020b).

O crítico desempenho da economia brasileira, que já apresentava trajetória de baixo crescimento no PIB, se agrava no primeiro ano da pandemia de covid-19, impactando a taxa de ocupação da população, conforme demonstrado na Figura 1. A relação inversa entre PIB e taxa de desocupação<sup>4</sup> torna-se evidente na medida em que os períodos de recessão econômica, evidenciados de 2014 a 2016 e em 2020, repercutiram de forma expressiva no aumento do desemprego.

---

<sup>4</sup> De acordo com o IBGE (2021), a taxa de desocupação é calculada considerando como desocupadas (popularmente conhecidas como “desempregadas”) as “pessoas que não estão trabalhando, porém tomaram alguma providência efetiva para encontrar trabalho e estão disponíveis para assumi-lo, caso encontrem”.

Figura 1 – Produto Interno Bruto (PIB) x Taxa de desocupação (%) – Período 2012 a 2020 – Brasil



Fonte: elaborada pela autora com base nos dados divulgados pelo IBGE (2021).

## 2.1 PROJEÇÕES DO PIB PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Relatório divulgado em junho de 2021 pelo Banco Mundial demonstra a queda expressiva do PIB no primeiro ano da pandemia, maior na América Latina quando comparado ao PIB mundial. Para os anos subsequentes, foi estimado um crescimento menor do PIB da região em relação à média mundial (Quadro 1).

Quadro 1 – PIB – Comparação entre países selecionados, América Latina e Caribe e PIB mundial – Estimativa para 2020 e previsões para o período de 2021 a 2023

	2020*	2021**	2022**	2023**
<b>Mundo</b>	-3,5	5,6	4,3	3,1
<b>América Latina e Caribe</b>	-6,5	5,2	2,9	2,5
<b>Argentina</b>	-9,9	6,4	1,7	1,9
<b>Brasil</b>	-4,1	4,5	2,5	2,3
<b>Chile</b>	-5,8	6,1	3,0	2,5
<b>Colômbia</b>	-6,8	5,9	4,1	4,0
<b>México</b>	-8,3	5,0	3,0	2,0
<b>Uruguai</b>	-5,9	3,4	3,1	2,5

Legenda:

\* estimativa

\*\* previsão.

Fonte: adaptado do Banco Mundial (2021a).

O crescimento projetado para economia global para 2021 corresponde à maior recuperação pós-recessão dos últimos 80 anos. O Banco Mundial enfatiza, entretanto, que essa recuperação é desigual e reflete, em grande parte, retomadas acentuadas em algumas das principais economias. Por outro lado, nas economias de países em desenvolvimento, os obstáculos à vacinação continuam pesando sobre a retomada da atividade econômica. As projeções permanecem sujeitas a riscos significativos, incluindo a possibilidade de ondas adicionais de covid-19 e o estresse financeiro em meio a altos níveis de endividamento, como o que acontece de modo acentuado nos países latino-americanos (BANCO MUNDIAL, 2021a).

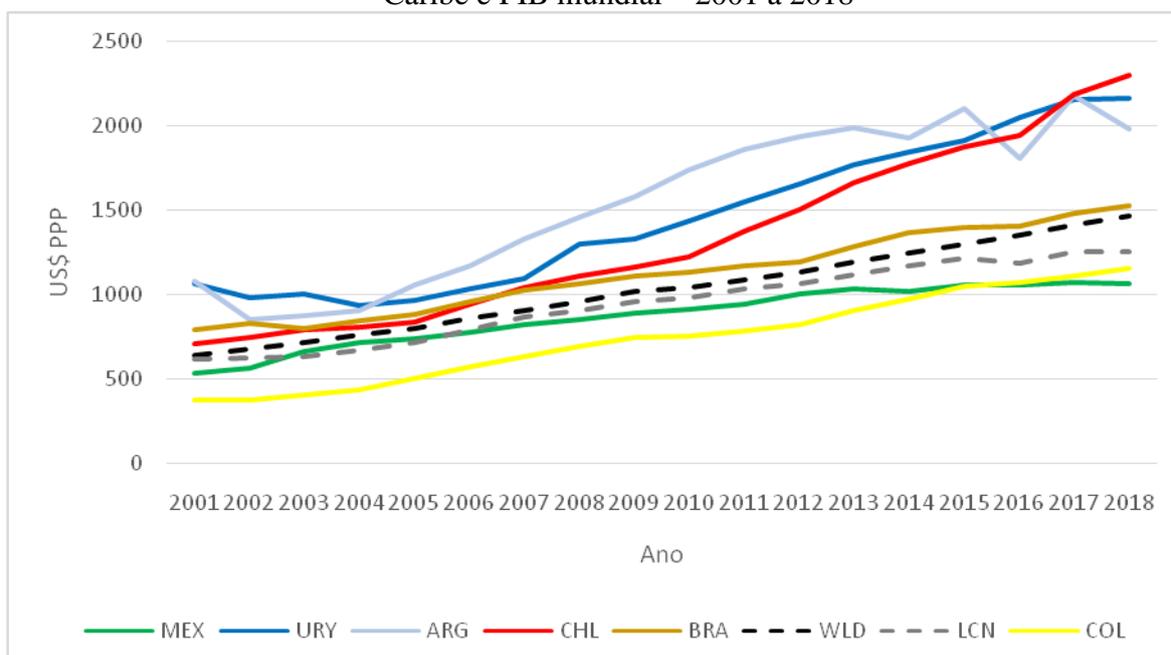
### **3 GASTOS COM SAÚDE – PANORAMA GLOBAL E DA AMÉRICA LATINA**

Em 2018, último ano da série histórica disponível, os gastos globais com saúde chegaram a US\$ 8,3 trilhões, ou 10% do PIB global. Contudo, foi a primeira vez nos últimos cinco anos que os gastos com saúde cresceram mais devagar do que o PIB. Os gastos com saúde *per capita* aumentaram no período de 2000 a 2018, mas em ritmo mais lento após a crise econômica de 2008 e 2009 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021b).

O gasto *per capita* em saúde na América Latina foi crescente e próximo ao gasto mundial até 2014, quando começou a apresentar estagnação. O aumento do gasto *per capita* foi mais expressivo na Argentina, Uruguai e Chile, o qual apresentou o maior gasto em saúde *per capita* em 2018 (Figura 2).

No mesmo ano, o gasto *per capita* em saúde nos países da OCDE, no valor de US\$ 4.899,63, foi 441% maior do que a média global (US\$ 1.110,84) e 735% maior do que nos países da América Latina e Caribe (US\$ 666,93) (Figura 2).

Figura 2 – Gasto *per capita* em saúde, em dólar PPP<sup>5</sup> – Países selecionados, América Latina e Caribe e PIB mundial – 2001 a 2018



Fonte: elaborada pela autora com base nos dados divulgados pelo Banco Mundial (2021b).

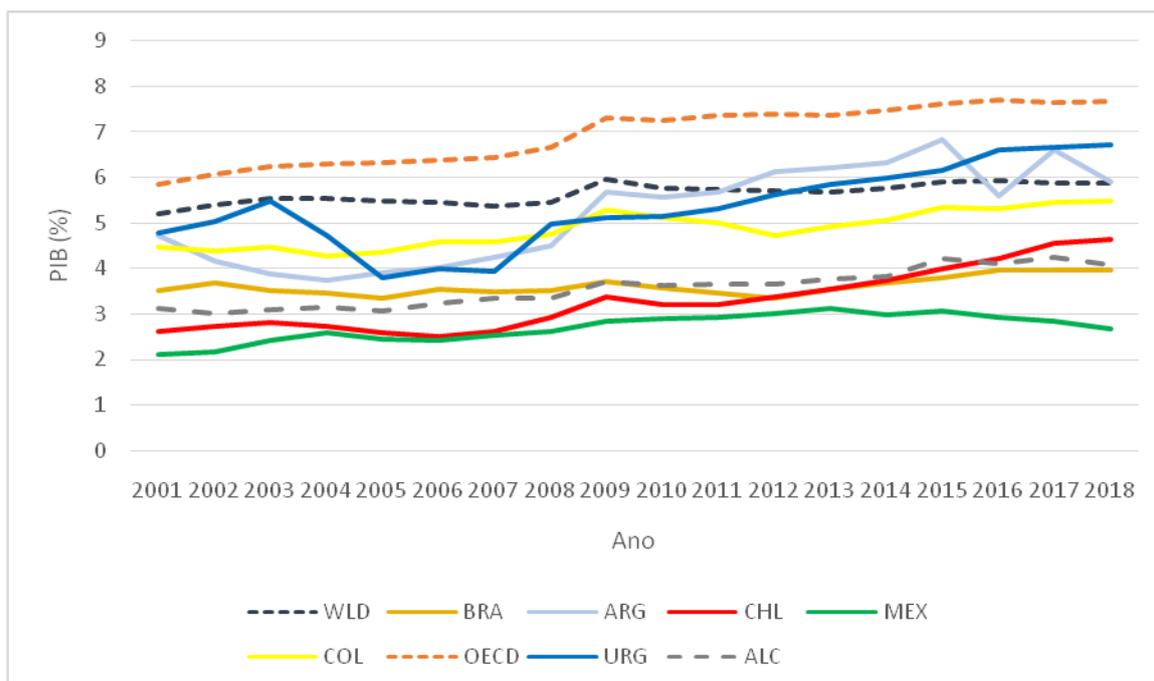
No que se refere ao gasto público em saúde de países da América Latina, em 2018, a média de recursos públicos destinados à saúde ficou em torno de 4% do PIB, abaixo da média mundial de, aproximadamente, 6% (Figura 3), percentual este recomendado pela Estratégia da OPAS para o acesso e cobertura universal de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018), tema que será abordado a seguir neste capítulo. O percentual apresentado pelos países da OCDE foi de quase 8% do PIB, o dobro do registrado na América Latina e Caribe (Figura 3).

Na comparação entre países latino-americanos selecionados, observou-se acréscimo dos gastos públicos em saúde no período analisado, em maior ou menor grau, com exceção do México, que apresentou redução a partir de 2015. O gasto público em saúde da Argentina, que figurou como o país com maior gasto público em saúde da região entre 2009 e 2015, foi superado pelo Uruguai no ano seguinte, tendo alcançado, em 2018, aproximadamente 6,8% do PIB em gastos públicos em saúde, o melhor desempenho da região. No mesmo ano, a

<sup>5</sup> “A paridade do poder de compra (PPC) – em inglês, *purchasingpowerparity* (PPP) – é um método alternativo à taxa de câmbio. Muito útil para comparações internacionais, mede quanto uma determinada moeda poderia comprar se não fosse influenciada pelas razões de mercado ou de política econômica que determinam a taxa de câmbio. Leva em conta, por exemplo, diferenças de rendimentos e de custo de vida. É necessária para comparações de produtos internos brutos (PIBs). [...] Os Estados Unidos, país padrão do dólar, tem PPC = 1. Todos os demais apresentam ganho no PIB em dólar PPC”. (grifo do autor) Ver em: [https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2146:catid=28&Itemid=23](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2146:catid=28&Itemid=23)

Argentina apresentou patamar semelhante à média mundial, de 6% do PIB em gasto público com saúde. Todos os demais países ficaram abaixo da média mundial, com o Brasil apresentando 3,96% do PIB em gastos públicos em saúde, percentual inferior à Colômbia e, desde 2015, inferior ao Chile (Figura 3).

Figura 3 – Gasto público em saúde como percentual do PIB – Países selecionados, América Latina e Caribe, OCDE e PIB mundial – 2001 a 2018

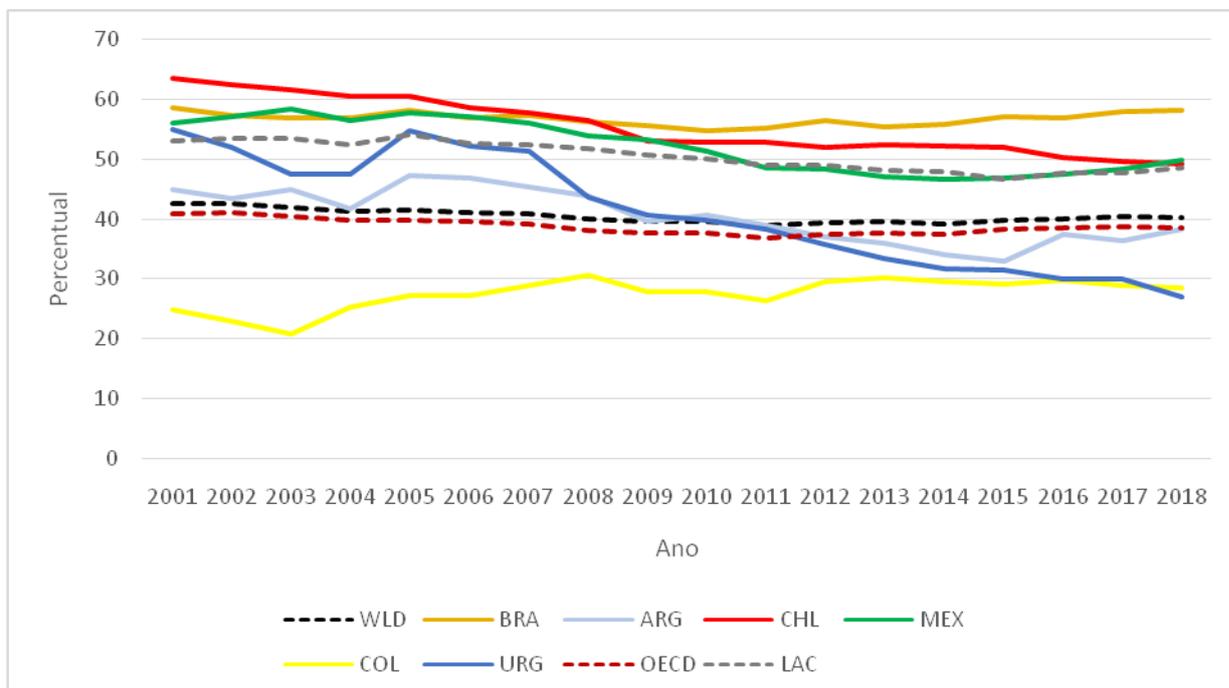


Fonte: elaborada pela autora com base nos dados divulgados pelo Banco Mundial (2021b).

Quanto à proporção de gastos privados, foi evidenciada tendência global de queda no período analisado, incluindo os resultados da América Latina e da OCDE, redução que se apresentou de forma mais expressiva na Argentina, Chile e Uruguai. Apesar dessa tendência, o gasto privado em saúde aumentou na Colômbia, no período analisado e, no Brasil, após apresentar pequenas oscilações, retornou, em 2018, ao patamar inicial. Neste ano, o Brasil se destacou entre os países selecionados com a maior proporção de gastos privados, aproximadamente 58% do total dos gastos em saúde (Figura 4).

O desembolso direto, componente do gasto privado em saúde, representou 22% do gasto total com saúde em 2015, tendo sido de 11% na América do Norte contra 28,6% na América Latina e Caribe. A estratégia da OPAS recomenda a eliminação total dos pagamentos feitos do próprio bolso por configurarem uma barreira de acesso aos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Figura 4 – Percentual de gastos privados em saúde – Países selecionados, América Latina e Caribe, OCDE e PIB mundial – 2001 a 2018



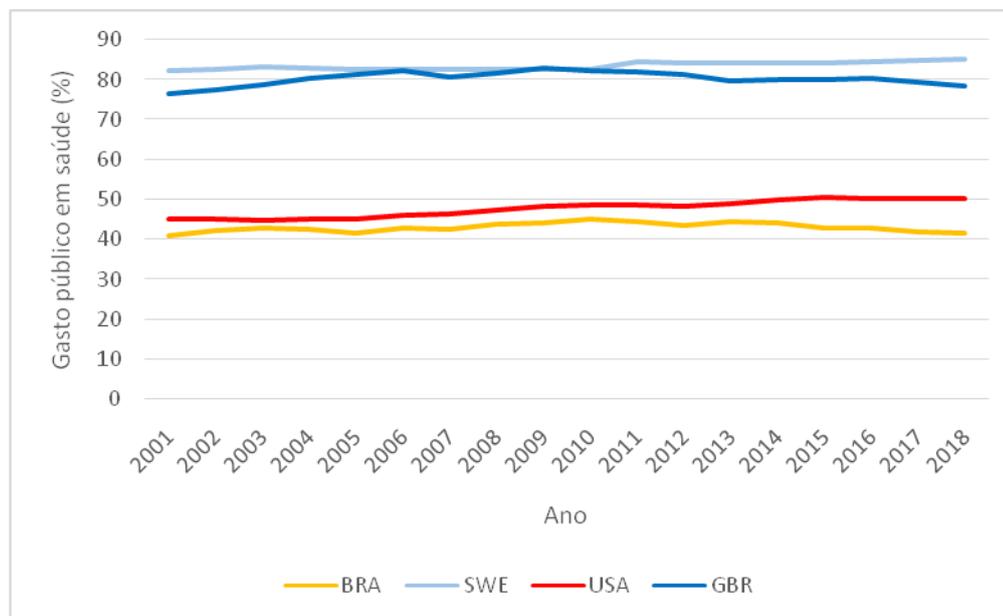
Fonte: elaborada pela autora com base nos dados divulgados pelo Banco Mundial (2021b).

A preponderância do componente privado nos custos em saúde no Brasil fica evidenciada na comparação com os Estados Unidos da América (EUA), reconhecido pelo caráter privado na saúde, e Grã-Bretanha e Suécia (Figura 5), que oferecem coberturas universais do sistema público de saúde (BRASIL, 2018).

Os gastos totais em saúde, no Brasil, na Suécia e na Grã-Bretanha, ficam em patamar semelhante, em torno de 10% do PIB. Já os EUA representam uma realidade única, com os gastos totais em saúde próximo a 17% do PIB. Contudo, se observarmos a origem do gasto em saúde, o Brasil apresenta menos da metade dos gastos em saúde de fontes públicas, panorama que se assemelha aos EUA. Por outro lado, Grã-Bretanha e Suécia guardam semelhanças entre si, com os gastos públicos em torno de 80% do total de gastos em saúde (Figura 5).

Nesse contexto, ainda que o percentual do PIB destinado ao gasto total com saúde no Brasil se aproxime da média dos países da OCDE, nota-se que o gasto privado em saúde maior do que o gasto público difere do padrão observado nos países desenvolvidos que possuem sistema de proteção social.

Figura 5 – Percentual de gastos públicos em saúde – Brasil, EUA, Grã-Bretanha e Suécia – 2001 a 2018



Fonte: elaborada pela autora com base nos dados divulgados pelo Banco Mundial (2021b).

#### 4 COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

O conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS), incorporado e estimulado por instituições multilaterais, como OMS e Banco Mundial, e pela Organização das Nações Unidas (ONU), é baseado na compreensão da necessidade de uma “proteção financeira” perante os gastos das famílias com saúde, reduzindo os riscos de serem “empurradas para uma situação de pobreza” por uma doença súbita. Segundo a OMS, a CUS implica em garantir um pacote mínimo de serviços de saúde, com uma perspectiva futura de expansão progressiva da cobertura dos serviços de saúde e a proteção financeira, à medida que são disponibilizados mais recursos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, 2021a).

Em 2014, os Estados Membros da OPAS, incluindo os países latino-americanos estudados neste capítulo, firmaram estratégia para o acesso universal à saúde e CUS, com a qual se comprometeram a aumentar o gasto público em saúde até atingir a meta de referência de 6% do PIB (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014). Além disso, dentre os objetivos do desenvolvimento sustentável, inclui-se a concordância de todos os Estados Membros das Nações Unidas em alcançar a CUS até 2030 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021a).

Para marcar o dia da CUS, em dezembro de 2020, a OMS divulgou uma análise sobre a progressão dos países no sentido de financiar a CUS, no período prévio à pandemia de covid-19. A instituição constatou que os países de baixa renda enfrentam vulnerabilidades macroeconômicas e alta pobreza que impossibilitam o alcance da cobertura universal de saúde. O gasto doméstico médio com saúde de países de baixa renda foi de apenas US\$ 34 *per capita* em 2018, cerca de 4,4% do PIB, sendo apenas US\$ 9 *per capita* de gastos governamentais, cerca de 1,2% do PIB (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020a).

Em países de baixa renda, as doenças infecciosas foram responsáveis por metade dos gastos da saúde em geral, enquanto em países de renda média, eles representaram um terço. Além disso, esse relatório mostra que a ajuda externa, que atingiu o pico em 2014, tem sido cada vez mais direcionada para países de renda média-baixa, superando, em 2018, o montante da ajuda aos países de renda baixa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020a).

Especialistas da revista *Lancet* projetaram o custo de um “pacote essencial” de 218 intervenções que caracterizariam uma “cobertura universal de saúde”, em US\$100 *per capita*/ano. Foi projetada também a cobertura de um pacote mais restrito, denominado de “pacote básico”, composto por 108 “prioridades máximas de intervenções”, ao custo médio de US\$50 *per capita*/ano (WATKINS et al., 2018).

Schäferhoff e demais autores (2019) analisaram então, com base em dados da OMS e OCDE, o financiamento em saúde dos países com relação a esses dois pacotes de cobertura. Dentre 49 países estudados, apenas nove pagariam o pacote essencial de intervenções, 16 o pacote mais básico e 24 países não poderiam pagar nenhum. Identificaram, ainda, que nos países de renda média alta as despesas *per capita* praticamente dobraram em termos reais entre 2000 e 2016, de US\$130 para US\$270. Já nos países de renda média baixa, as despesas *per capita* passaram de US\$30 a US\$58. Os autores concluíram o estudo apontando que os gastos dos governos com saúde estavam aumentando, mas continuavam baixos demais em muitos países. O crescimento dos gastos públicos observado foi impulsionado, em grande parte, pelo crescimento econômico e expansão fiscal, e não pela priorização da saúde.

Artigo publicado por especialistas da Cepal em uma série da revista *The Lancet* sobre cobertura universal de saúde na América Latina explicita as proposições desse modelo que, segundo os autores, é baseado na solidariedade. Sua implementação exige o aumento das despesas fiscais com saúde, a diminuição dos gastos diretos e a expansão dos sistemas de seguro universal obrigatório. Recomendações estas que demandam a integração entre diferentes fontes de financiamento do setor saúde, incluindo a receita tributária geral, as

contribuições para a seguridade social e os gastos privados (TITELMAN; CETRÁNGOLO; ACOSTA, 2014).

Estudos abordam as diferenças entre as concepções de sistema universal de saúde e CUS e suas implicações (GIOVANELLA; MACHADO, 2018; NORONHA, 2013), o que também pode ser compreendido por meio da análise de sistemas orientados pela lógica da CUS. A partir da experiência de mais de 20 anos da aplicação da CUS na Colômbia, Hernández (2019) evidencia os limites da proposta, incapaz de garantir o direito de acesso às ações e aos serviços de saúde. A segmentação estrutural do sistema de saúde colombiano a partir da capacidade de pagamento, em um regime subsidiado (para aqueles que comprovam serem pobres), um regime contributivo (para os setores médios) e os seguros privados de saúde (adquiridos pela população mais abastada financeiramente), contribui para acentuada desigualdade no acesso à saúde no país.

Restam evidentes, portanto, os propósitos desse modelo que, em tese, pretende reorientar os sistemas de saúde baseado em princípios de solidariedade, mas, na prática, o aumento das despesas com saúde vis-à-vis a redução dos gastos públicos diretos e a expansão dos sistemas de seguro universal obrigatório representam fatores que atuam em dissonância com a constituição de modelos universais de saúde.

## **5 CRISE ECONÔMICA E CORTE DE GASTOS PÚBLICOS SOCIAIS**

Na América Latina, o corte de gastos públicos sociais tem sido adotado como estratégia para enfrentamento da crise econômica (LEVCOVITZ; COSTA-COUTO, 2018). No Brasil, a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, determinou o congelamento dos gastos sociais durante o período de 20 anos, de 2017 a 2036, com correção apenas pela inflação (BRASIL, 2016).

Os cortes orçamentários e a falta de investimento público ameaçam conquistas importantes e a conformação de sistemas universais de saúde na América Latina e Caribe que atravessam um dos períodos mais desafiadores da sua história, diante da crise econômica e sanitária em vigor e do cenário de incertezas.

No Brasil, a força do capitalismo e a incompletude do Sistema Único de Saúde (SUS) favorecem a presença e expansão do setor privado de saúde (BAHIA, 2018), configurando a dominância financeira como modo de ser do regime global de produção de riqueza (SESTELO et al., 2017). Implementada segundo os seus pressupostos, a CUS poderá alavancar o processo de financeirização da saúde na região da América Latina e Caribe.

Nesses termos, o aumento do gasto público, orientado pelos organismos multilaterais para enfrentamento das crises econômica e sanitária, deveria se refletir em mais investimentos nos serviços públicos de saúde para ampliação do acesso e fortalecimento dos sistemas universais de saúde, e não na transferência de recursos e subsídios públicos para o setor privado de saúde que favorece o regime de acumulação do setor de saúde financeirizado.

## **6 AGENDA DE FINANCIAMENTO PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE: DIRECIONAMENTOS PERANTE OS IMPACTOS DA COVID-19**

A pandemia de covid-19 teve impacto devastador na saúde e nas economias em todo o mundo. Embora suas consequências ainda sejam imprevisíveis, a crise econômica intensificada em decorrência da pandemia pode acarretar efeitos diretos e indiretos nos gastos com saúde, prejudicando ainda mais o progresso em direção à CUS. Diante da crise sanitária, a OMS confirmou a necessidade de ampliação do financiamento público para a saúde, oferecendo uma oportunidade para “reinicialização” em países com fracos sistemas de financiamento da saúde para avançar rumo à cobertura universal de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020a).

Os pacotes de medidas fiscais adotados durante a pandemia representaram a maior expansão monetária da história. A intervenção pública foi essencial para a mitigação dos efeitos sociais e econômicos nesse período (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2020b).

De acordo com a OMS, sem financiamento público adicional, os sistemas de saúde terão grandes dificuldades não somente para controlar a pandemia, mas também para manter serviços de saúde essenciais para outras doenças. A referida organização aponta dois motivos principais pelos quais a simples realocação do orçamento de saúde existente não é suficiente para o enfrentamento da pandemia: o primeiro seria a maior demanda por serviços de saúde, incluindo nova infraestrutura, pessoal, equipamentos e materiais; o segundo motivo, o impacto da demanda reprimida, decorrente do adiamento e cancelamento da prestação de serviços essenciais de saúde para outras patologias, a fim de liberar capacidade de resposta emergencial à covid-19 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020b, 2020d).

Em relatório especial sobre a pandemia e seus impactos na região, intitulado “Financiamento para o desenvolvimento na era da pandemia da covid-19 e após: prioridades da América Latina e do Caribe na Agenda de política mundial em matéria de financiamento para o desenvolvimento”, a Cepal propõe medidas para enfrentar os desafios

propostos pela Agenda de financiamento para o desenvolvimento no curto, médio e longo prazo. O relatório aponta que, no curto prazo, os governos devem promover a expansão do gasto público, com especial atenção a grupos vulneráveis, como pessoas de baixa renda e idosos, e procurar compensar os efeitos das medidas de distanciamento na atividade produtiva e no emprego, por exemplo. Assim, a Cepal aponta para a necessidade de que os países adotem medidas transitórias para garantia de uma renda básica que sustente o consumo das pessoas e das famílias (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2021b).

A médio e longo prazos, a Cepal defende que o financiamento para o desenvolvimento deva promover a ampliação do emprego e o crescimento econômico, a partir de medidas como a ampliação dos gastos públicos e os investimentos destinados à transformação produtiva e o desenvolvimento sustentável (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2021b). No referido relatório, a Cepal propõe, ainda, cinco medidas de política para enfrentar ambos os desafios:

- Ampliação e redistribuição da liquidez a partir dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento por meio de uma emissão massiva de Direitos Especiais de Saque do FMI ou por meio de fundos multilaterais, como o Fundo de Alívio à Economia Covid-19 (FACE) proposto pelo governo da Costa Rica. O FACE seria financiado com recursos das economias desenvolvidas canalizados por meio dos bancos multilaterais de desenvolvimento e constaria de US\$ 516 bilhões (3% do PIB dos países de renda baixa e média ou 0,7% do PIB dos países desenvolvidos);
- Fortalecimento da cooperação regional, aumentando a capacidade de empréstimo e resposta das instituições financeiras regionais, sub-regionais e nacionais, e estreitando seus vínculos com os bancos multilaterais de desenvolvimento;
- Acesso a um maior financiamento, complementado com impulso por uma reforma da dívida multilateral, que inclua a criação de um mecanismo internacional de reestruturação da dívida soberana e de uma agência multilateral de qualificação creditícia. De acordo com a Cepal, a Iniciativa de Suspensão do Serviço da Dívida do Grupo dos Vinte (G20) também deveria ampliar seu alcance e deve se estender além de 2021;

- Proporcionar aos países um conjunto de instrumentos inovadores destinados a aumentar a capacidade de reembolso da dívida e evitar o endividamento excessivo;
- Integrar medidas de liquidez e de redução da dívida a uma estratégia de financiamento para o desenvolvimento, compreendendo a crise atual como uma ocasião para alcançar um amplo consenso social e político que permita implementar reformas ambiciosas com a finalidade de empreender um processo de reconstrução sustentável e igualitário.

Em Relatório publicado em 2020, o FMI expressa a opinião de que as políticas fiscais estão na linha de frente na resposta à pandemia de covid-19, para “proteger as pessoas e empresas mais afetadas do impacto econômico da pandemia e evitar que a crise de saúde se transforme em uma recessão profunda e duradoura”. O FMI entende ser necessária uma coordenação global para apoiar o acesso à vacinação, em especial nos países com sistemas de saúde menos estruturados. Assim como a Cepal, o FMI pontua a relevância de apoio temporário, direcionado para os trabalhadores e empresas mais impactados (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2020).

Importante destacar que organizações multilaterais reconheceram expressamente que a austeridade fiscal não é a resposta mais adequada para superar os desafios fiscais. A trajetória de desenvolvimento deve ser reconduzida no sentido de uma política fiscal expansiva para viabilizar a reativação econômica e fortalecer o desenvolvimento produtivo (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2020b).

## **7 DESAFIOS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E CARIBE**

Importante fazer um contraponto entre as orientações dos organismos multilaterais para incremento dos gastos públicos para compensar o aumento do desemprego, a queda na atividade produtiva e na renda, mas sem foco no fortalecimento dos serviços públicos de saúde.

Ao mesmo tempo que se constata que a América Latina e Caribe conforma a região mais endividada do mundo em desenvolvimento, projeta-se, como medida de enfrentamento da crise e retomada da economia, a ampliação do financiamento e da capacidade de empréstimo.

O apoio continua girando em torno da lógica capitalista que deixa os países da América Latina reféns ao fortalecer o serviço da dívida e o endividamento externo. As soluções propostas continuam apoiadas no estímulo à dependência econômica desses países. Evidencia-se, dessa forma, a retroalimentação do serviço da dívida, disfarçada de apoio mútuo entre países ricos e pobres.

Embora a crise econômica tenha sido deflagrada ou agravada no período da crise sanitária causada pela pandemia de covid-19, o aumento do gasto público abordado pelos organismos multilaterais está prioritariamente direcionado à garantia de renda mínima, para manutenção do consumo e retomada da economia, e não para alavancar os investimentos em saúde pública.

Muito pelo contrário, o aprofundamento da crise econômica passa a ser usado para fortalecer a tese de reorientação dos sistemas de saúde pela cobertura universal de saúde. A despeito das evidências que demonstram as inequidades sociais e de saúde geradas por esse modelo.

A proposta de cobertura universal de saúde, embora travestida de nomenclatura que remete ao princípio de universalidade na concepção da saúde como direito de todos e sob o pretexto de ampliar o acesso e o gasto público em saúde, deturpa o conceito de universalidade que visa à cobertura pública de serviços de saúde ao significar, na prática, o acesso a um pacote de serviços ou a cobertura por meio de seguros de saúde públicos ou privados, em detrimento dos sistemas de saúde universais.

Assim, o contexto sanitário atual requer a intensificação da díade aumento do gasto público em saúde e ampliação do acesso à saúde. O estrangulamento dos recursos públicos direcionados à saúde ou mesmo a cessão de recursos públicos para o setor privado e sua aplicação de forma desigual e fragmentada, com base em conceitos restritivos de cobertura à saúde, implicarão invariavelmente a expansão da mercantilização e o comprometimento dos níveis de saúde das populações.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os desequilíbrios crônicos e as desigualdades socioeconômicas da região, exacerbados em períodos de crise econômica, se mostraram insustentáveis no período da pandemia de covid-19.

Se para o enfrentamento da crise econômica de 2008 e da crise europeia a cartilha dos organismos internacionais apontou para o corte de gastos sociais, nesse momento de

agravamento da crise econômica mundial frente a crise sanitária desencadeada pela pandemia, evidencia-se a recondução para que os países aumentem os gastos públicos. Todavia, com retração de gastos diretos pelos governos e maior participação da iniciativa privada.

No caso dos países da América Latina e Caribe, a ampliação dos gastos públicos ocorrerá às custas de maior financiamento e endividamento externo, sem orientação objetiva para incrementar a alocação de recursos em saúde. A política está focalizada em renda básica para viabilizar o consumo das famílias e pacotes mínimos de serviços de saúde. Nesse contexto, a estratégia de cobertura universal em saúde tem sido difundida como forma de garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Embora a CUS tenha se demonstrado geradora de iniquidades sociais e de saúde desde antes da pandemia, tem sido reforçada pelos organismos multilaterais para organização dos sistemas de saúde a fim de conter o avanço da crise econômica e sanitária, o que demonstra o paradoxo existente entre a política de reorientação e focalização dos sistemas de saúde e as reais necessidades sociais e de saúde das populações.

A superação da crise sanitária requer a retomada da universalidade como preceito basilar dos sistemas de saúde e a garantia de direitos de cidadania. Urge a ruptura do atual modelo de economia para a construção de um novo tipo de desenvolvimento que supere as lacunas existentes, norteado por princípios de igualdade, proteção de direitos humanos e democracia, para a construção de uma sociedade mais justa e menos desigual, no qual o ser humano é o principal valor a ser considerado.

## **AGRADECIMENTOS**

A autora agradece a José Felipe Riani Costa pelas contribuições e colaboração na revisão do capítulo.

## REFERÊNCIAS

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W7zxfv588XxhKQ7JJ8dGVKD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BANCO MUNDIAL. Global economic prospects: june 2021. Washington, D.C.: The World Bank, 2021a. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35647/9781464816659.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BANCO MUNDIAL. *World Bank Open Data*. [S. l.: s. n.], 2021b. Disponível em: <https://data.worldbank.org/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 241, p. 2, 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Aspectos fiscais da saúde no Brasil*. Brasília, DF: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30>. Acesso em: 15 abr. 2019.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. A pandemia provoca aumento nos níveis de endividamento dos países da região e coloca em perigo a reconstrução sustentável e com igualdade. *CEPAL Comunicados*, [Santiago], 11 mar. 2021a. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/pandemia-provoca-aumento-niveis-endividamento-paises-regiao-coloca-perigo-reconstrucao>. Acesso em: 1 jun. 2021.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. *Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad*. Santiago: CEPAL, 2020a. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46227/1/S2000699\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46227/1/S2000699_es.pdf). Acesso em: 1 jun. 2021.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. *Estudo econômico da América Latina e do Caribe: principais condicionantes das políticas fiscal e monetária na era pós-pandemia de COVID-19*. Santiago: CEPAL, 2020b. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46418>. Acesso em: 13 jun. 2021.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Financiamiento para el desarrollo en la era de la pandemia de COVID-19 y después. *Informe Especial COVID-19 CEPAL*, [Santiago], n. 10, p. 1-20, 2021b. Disponível em: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46710/S2100064\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46710/S2100064_es.pdf). Acesso em: 1 jun. 2021.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Persiste a desaceleração generalizada na América Latina e no Caribe em 2019 e espera-se um baixo crescimento para 2020. *CEPAL Comunicados*, [Santiago], 11 nov. 2019. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/persiste-desaceleracao-generalizada-america-latina-caribe-2019-espera-se-baixo>. Acesso em: 18 jun. 2021.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL. *Fiscal monitor: policies to support people during the COVID-19 pandemic*. Washington, D.C.: International Monetary Fund, 2020. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/FM/Issues/2020/04/06/fiscal-monitor-april-2020>. Acesso em: 18 jun. 2021.

GIOVANELLA, L.; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2021.

HERNÁNDEZ, M. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 29-43, 2019. Número especial. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/29-43/>. Acesso em: 18 jun. 2021.

IBGE. O que é desemprego. *IBGE*, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 4 abr. 2021.

IBGE. *Sistema IBGE de recuperação automática (SIDRA)*. Rio de Janeiro: IBGE, [2021]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4092>. Acesso em: 12 mar. 2021.

KONDILIS, E.; GIANNAKOPOULOS, S.; GAVANA, M. *et al.* Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American Journal of Public Health*, Washington, D.C., v. 103, n. 6, p. 973-980, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698730/>. Acesso em: 18 jun. 2021.

LEVCOVITZ, E.; COUTO, M. H. C. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. In: NOGUEIRA, R. P.; SANTANA, J. P.; PADILLA, M.; RODRIQUES, V. de A. (orgs.). *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises. Tendências recentes das políticas sociais na América Latina*. Brasília, DF: NESP:CEAM: UnB: Nethis: Fiocruz, 2018. p. 99-118. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2019/02/4-Sistemas-de-sa%C3%BAde-na-Am%C3%A9rica-Latina-no-s%C3%A9culo-XXI.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KM8zmWvsKqQkWLLCSx5kPsB/?lang=pt#:~:text=Se%20aceitarmos%20%22cobertura%22%20como%20%22,do%20lado%20da%20oferta%205>. Acesso em: 21 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Cobertura universal de saúde (CUS)*. Genebra: WHO, 2021a. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 13 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Global Health Expenditure Database*. Genebra: WHO, 2021b. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>. Acesso em: 1 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Global spending on health 2020: weathering the storm*. Genebra: WHO, 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/DocumentCentre/GetFile/58717341/en>. Acesso em: 1 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. How are countries mobilizing additional public funds for health?. *COVID-19 Health System Response Monitor*, [Genebra], 2020b. Disponível em: <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/04/27/how-are-countries-mobilizing-additional-public-funds-for-health/>. Acesso em: 1 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. How much additional money are countries allocating to health from their domestic resources?. *COVID-19 Health System Response Monitor*, [Genebra], 2020c. Disponível em: <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/05/07/how-much-additional-money-are-countries-putting-towards-health/>. Acesso em: 1 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Strengthening the health financing response to COVID-19 in Europe*. Barcelona: WHO Europe, 2020d. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2020/strengthening-the-health-financing-response-to-covid-19-in-europe,-22-april-2020-produced-by-whoeurope>. Acesso em: 1 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*. Washington, D.C.: OPAS, 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Indicadores básicos: situación de la salud en las Americas*. Genebra: OPAS, 2018. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018\\_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=). Acesso em: 1 jun. 2021.

SCHÄFERHOFF, M.; MARTINEZ, S.; OGBUOJI, O. *et al.* Trends in global health financing. *BMJ*, London, v. 365, p. 1-2, 2019. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l2185>. Acesso em: 1 jun. 2021.

SESTELO, J. A. F.; CARDOSO, A. M.; BRAGA, I. F. *et al.* A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. *Economia e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 26, 2017. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/8qNN5wJT68gcPWykfzJd6wg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2021.

STUCKLER, D.; REEVES, A.; LOOPSTRA, R. *et al.* Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 27, p. 18-21, 2017. Supl. 4. Disponível em: [https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl\\_4/18/4430523](https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl_4/18/4430523). Acesso em: 1 jun. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-21, 2018. Número especial 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rS4Mf7fFSFsYvxWjwZFd9h/?lang=pt#:~:text=A%20crise%20mundial%20de%202008%20tem%20sido%20reconhecida%20como%20manifesta%C3%A7%C3%A3o,Unidos%20e%20em%20pa%C3%ADses%20europeus>. Acesso em: 1 jun. 2021.

TITELMAN, D.; CETRÁNGOLO, O.; ACOSTA, O. L. Cobertura universal de saúde em países latino-americanos: como melhorar os esquemas solidários. *The Lancet*, Oxford, v. 385, n. 9975, p.1359-1363, 2014. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61780-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61780-3/fulltext). Acesso em: 14 jun. 2021.

WATKINS, D. A.; YAMEY, G.; SCHÄFERHOFF, M. *et al.* Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. *The Lancet*, Oxford, v. 392, n. 10156, p. 1434-1460, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61780-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61780-3/fulltext). Acesso em: 14 jun. 2021.

## 5 CRISE ECONÔMICA E SANITÁRIA E DESEMPENHO DOS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE: SIMILARIDADES E SINGULARIDADES ENTRE BRASIL E EUA <sup>6</sup>

### RESUMO

A crise econômica deflagrada nos EUA em 2008 e suas repercussões no Brasil, a partir de 2014, se superpuseram com a crise sanitária desencadeada pela pandemia de Covid-19. Considerando esses três intervalos temporais, o artigo analisa a suscetibilidade de empresas de planos e seguros de saúde a ciclos econômicos recessivos no Brasil e nos EUA. Há evidências sobre as relações entre períodos de crise econômica e retração de ações e serviços em sistemas nacionais de saúde. Contudo, tanto nos EUA quanto no Brasil houve crescimento de planos e seguros saúde. Os vetores que impulsionam a expansão do mercado privado nos dois países possuem similaridades e singularidades. O “Obamacare”, marca o início da inclusão de segmentos populacionais às coberturas de programas que se valem de esquemas assistenciais privados, financiados com recursos governamentais. No Brasil, apesar de índices econômicos gerais negativos e de corte no orçamento público para saúde, constatou-se que as empresas de planos de saúde ampliaram receitas e lucros, mesmo no contexto da pandemia e de aprofundamento da crise econômica no país. As estratégias empresariais de atração de investidores estrangeiros combinaram-se com a atuação para obtenção de créditos junto a instituições públicas e ampliação de deduções e isenções fiscais, preservando ganhos financeiros. A comparação entre os impactos da crise financeira nos mercados privados de saúde brasileiro e americano permitiu identificar as fragilidades do nosso sistema público universal absorvido pela racionalidade do mercado.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Saúde Suplementar. Planos de Pré-Pagamento em Saúde. Seguro Saúde. Recessão Econômica.

---

<sup>6</sup> Artigo publicado na revista Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume 38, número 8, ago. 2022.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT000122>.

## Introdução

Em 2008, o abalo da economia americana provocou uma crise econômica de proporções mundiais, a partir do colapso do sistema bancário norte-americano que transbordou do endividamento das famílias e quebra de bancos do setor de seguros imobiliários. O país vivenciou um longo período de recessão com queda do nível de renda e do consumo, fechamento de empresas e demissões em massa, em um contexto de desconfiança do mercado financeiro mundial e de retração de investimentos <sup>1</sup>.

Embora a instabilidade decorrente da crise econômica tenha rapidamente se alastrado por países da Europa e seus efeitos no Brasil tenham provocado a desaceleração da economia por dois trimestres consecutivos, a rota de crescimento foi mantida até as eleições de 2010. Entre 2011 e 2014, a economia nacional passou por um período de desaceleração, tendo a recessão econômica se iniciado neste ano <sup>2</sup>. Uma das principais medidas adotadas para a restrição do investimento público e o contingenciamento de despesas primárias federais foi o congelamento de gastos sociais durante 20 anos, instituído pela Emenda Constitucional nº 95, em 2016<sup>3</sup>, inclusive gastos com saúde, constringindo o já insuficiente montante de recursos destinado ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>4,5</sup>.

Em 2020, a economia global foi gravemente afetada pela pandemia de Covid-19, que acarretou a maior contração do PIB e do comércio desde a Grande Depressão nos anos 1930. Problemas estruturais e crônicos da economia mundial, baseada em padrões de produção, distribuição e consumo não sustentáveis, ficaram ainda mais expostos. Os impactos econômicos, sociais e sanitários da pandemia agravaram as desigualdades existentes no Brasil e em países da América Latina, a região mais desigual do mundo <sup>6</sup>.

Desde o início da crise econômica originada nos EUA, diversos estudos, especialmente em países europeus, se propuseram a analisar as consequências da crise financeira e da austeridade fiscal sobre aspectos relacionados à saúde e aos sistemas de saúde <sup>7</sup>. Os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre os sistemas de saúde também têm sido pesquisados <sup>8,9</sup>. No entanto, os impactos das crises econômicas – de 2008, 2014 e 2020 – e da crise sanitária sobre o mercado privado de saúde, bem como as consequências para o sistema de saúde brasileiro, ainda são pouco explorados.

Quando se trata de analisar os efeitos da crise econômica no setor privado de saúde, a comparação entre as empresas de planos de saúde brasileiras e as seguradoras norte-americanas é oportuna. Ambos os países possuem mercados de saúde expressivos e gastos

privados elevados, além de semelhanças na forma de financiamento privado baseado em planos e seguros de saúde individuais ou de grupo<sup>10,11</sup>.

O alicerce ideológico de um sistema de saúde pode ser baseado, primordialmente, em princípios igualitários, no qual o acesso aos cuidados em saúde é entendido como direito do cidadão, sem estratificação por critérios de renda e riqueza; ou pautado no liberalismo econômico, no qual o acesso aos cuidados em saúde é racionado pela capacidade de pagar, visto como parte do sistema de recompensa da sociedade e, assim, o indivíduo pode usar a sua renda para ter acesso a melhores cuidados em saúde<sup>12</sup>. No Brasil, os princípios igualitários estão presentes na criação do sistema público de saúde de acesso universal; no entanto, 28,5% da população está vinculada a planos privados de saúde, médicos e/ou odontológicos<sup>13</sup>.

Não obstante o percentual do PIB destinado ao gasto total com saúde no Brasil (9,5%) ter alguma proximidade com a média dos países da OCDE (12%), o componente do gasto privado em saúde no Brasil é superior ao gasto público (58,2% do total de gastos em saúde). Nos EUA, cerca de 50% do total de gastos em saúde tem origem privada. Por outro lado, a média de gastos públicos em saúde entre os países da OCDE é de 62%. Em países como Suécia e Grã-Bretanha, que possuem sistemas de proteção social, 80% dos gastos em saúde são financiados com recursos públicos<sup>14</sup>.

Ao contrário da maior parte dos países que possuem elevada proporção de gastos privados por predominância de gastos diretos efetuados para pós pagamento de atividades assistenciais e medicamentos, no Brasil o maior percentual de gasto privado ocorre por gasto com plano de saúde. Entre 2000 e 2017, a proporção de gastos com planos privados aumentou de 20 para 29%, enquanto foi observada estagnação do gasto público com saúde<sup>15</sup>. Evidencia-se, ainda, incremento do gasto tributário com planos de saúde, de R\$ 4,4 para R\$ 11,9 bilhões, entre 2003 e 2018<sup>16</sup>.

As evidências demonstram que, em períodos econômicos recessivos, as grandes empresas de planos e seguros de saúde mantêm desempenho favorável, fenômeno que merece ser estudado para melhor compreensão.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar os impactos das crises financeiras – iniciada em 2008, nos EUA, e em 2014, no Brasil – bem como da crise econômica e sanitária deflagrada pela pandemia de Covid-19, no desempenho de empresas de planos e seguros privados de saúde, brasileiras e norte-americanas, a fim de subsidiar a reflexão e o debate sobre a suscetibilidade dessas empresas aos ciclos econômicos e sobre as consequências para o sistema de saúde brasileiro.

## Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de natureza exploratória, que levantou informações sobre indicadores socioeconômicos e o desempenho econômico-financeiro de empresas de planos de saúde brasileiras e americanas a partir da crise econômica iniciada, em 2008 nos EUA, em 2014 no Brasil, e aprofundada pela crise sanitária decorrente da pandemia de Covid-19.

Procedeu-se à pesquisa de artigos em bases de dados eletrônicas e sítios de busca na internet, publicações, consulta a documentos oficiais e dados secundários disponíveis em fontes governamentais nacionais e americanas, bem como dados divulgados pelo Banco Mundial<sup>17</sup>. Além disso, foi realizada busca por balanço de empresas, análises financeiras elaboradas por consultorias empresariais especializadas no setor privado de saúde e notícias correlatas, veiculadas pela mídia especializada e comercial, que versaram sobre a temática em questão.

As fontes governamentais nacionais consultadas incluíram órgãos dos poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, sendo este representado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>18,19,20,21</sup>, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável pela regulação dos planos e seguros privados. Quanto aos EUA, foram consultados dados divulgados por órgãos do governo norte-americano<sup>22,23</sup>.

## Resultados

### *Consumidores de planos de saúde e indicadores econômicos*

Análises das séries históricas comparando indicadores econômicos e dados do setor de planos e seguros de saúde no Brasil e nos EUA permitem identificar que a variação no número de clientes tende a acompanhar as oscilações na variação do PIB e dos empregos formais (Figuras 1 e 2).

No Brasil, desde o advento da agência reguladora, no ano 2000, a quantidade de consumidores de planos de assistência médica, individuais e coletivos, com ou sem odontologia aumentou consideravelmente até o ano 2014, tendo passado de 30,5 para 50,5 milhões nesse período.

Considerando que os efeitos imediatos da crise mundial de 2008 no Brasil acarretaram a queda do PIB por dois trimestres consecutivos e, posteriormente, o país retomou o crescimento econômico<sup>2</sup>, o número de consumidores continuou em elevação. Somente a partir de 2014, a conjuntura recessiva que atravessou o país restringiu a ampliação do mercado de

planos privados de saúde. Com isso, em 2017, o número de consumidores chegou a 47,1 milhões (Figura 1).

O incremento da população assistida por planos de saúde até 2014 justifica-se pela maior formalização do emprego no período, principalmente por ser pauta das reivindicações das classes trabalhadoras, além do incentivo da mídia ao noticiar a melhor assistência prestada pelo setor privado <sup>24</sup>.

Durante a crise econômica, a queda nas contratações pode ser explicada pelo aumento do desemprego que impactou na redução dos planos coletivos por trabalhadores formais, além da perda dos planos individuais por profissionais autônomos e clientes que não tiveram condições de continuar arcando com as mensalidades.

O número de contratações voltou a aumentar em 2020, no período inicial da pandemia de Covid-19. Ao contrário do que ocorreu na crise de 2014, a queda do PIB durante a crise sanitária não ocasionou a redução dos clientes, pois o setor retomou o crescimento (Figura 1). Uma possível explicação foi a maior expectativa de acesso à rede assistencial privada diante formação de filas para atendimento e internação no SUS, conforme noticiado e apontado na literatura <sup>8</sup>.

Dados divulgados pela ANS apontaram o incremento de mais de 1 milhão de clientes no período de um ano. Em maio de 2021, o setor alcançou 48,3 milhões de clientes em planos médico-hospitalares e recuperou o patamar registrado em julho de 2016. O crescimento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, principalmente nos planos coletivos empresariais, e entre idosos <sup>18,19</sup>.

Quanto à economia norte-americana, a queda do PIB e o aumento da taxa de desemprego após a crise de 2008 também impactaram na redução do número de clientes de seguros de saúde, com retomada do crescimento somente a partir de 2011. Em 2014, o número de clientes segurados ultrapassou a marca anterior à crise (Figura 2).

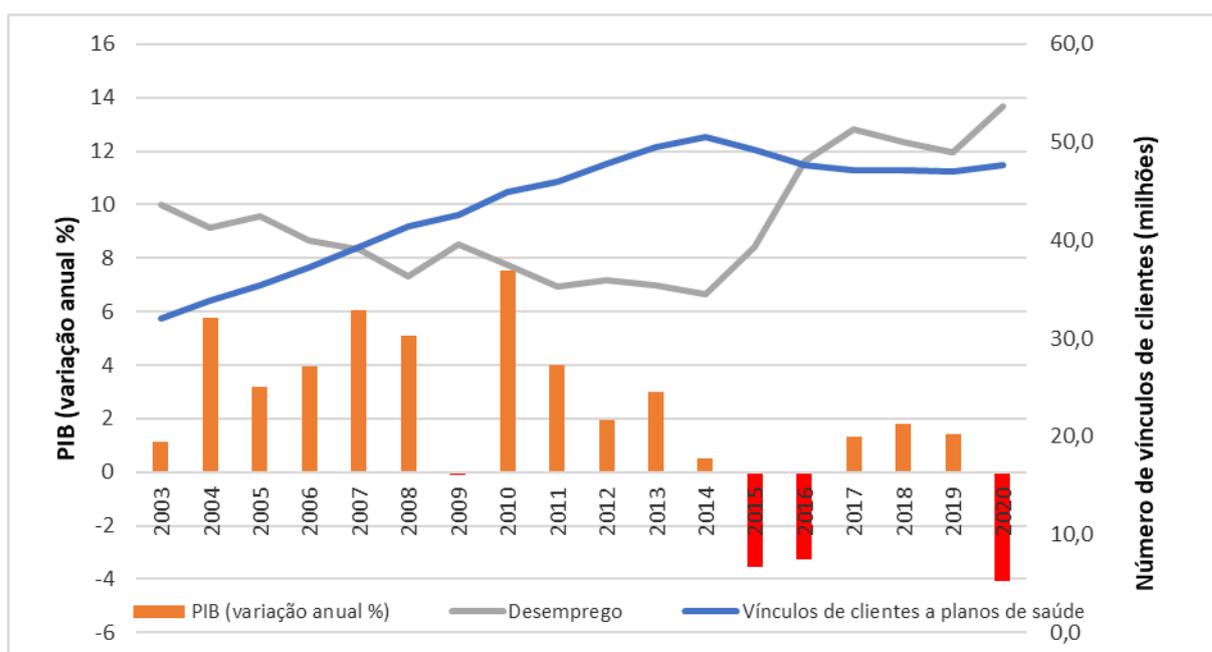
Em 2019, um total de 220,8 milhões de americanos (Figura 2), ou seja, 67% da população estava coberta por plano privado de saúde, sendo 55% plano corporativo e 12% individual <sup>22</sup>. Em 2020, ocorreu redução de 2% no número de clientes segurados em relação ao ano anterior (Figura 2).

É flagrante o impacto das taxas de desemprego na cobertura por planos de saúde. Em 2008, 3,9 milhões de americanos deixaram de ter plano privado, enquanto no período de fevereiro a maio de 2020, esse número chegou a 5,4 milhões de americanos <sup>25</sup>.

A comparação entre os indicadores guarda similaridades e particularidades. Em ambos os países, foi observado aumento da taxa de desemprego e redução do número de

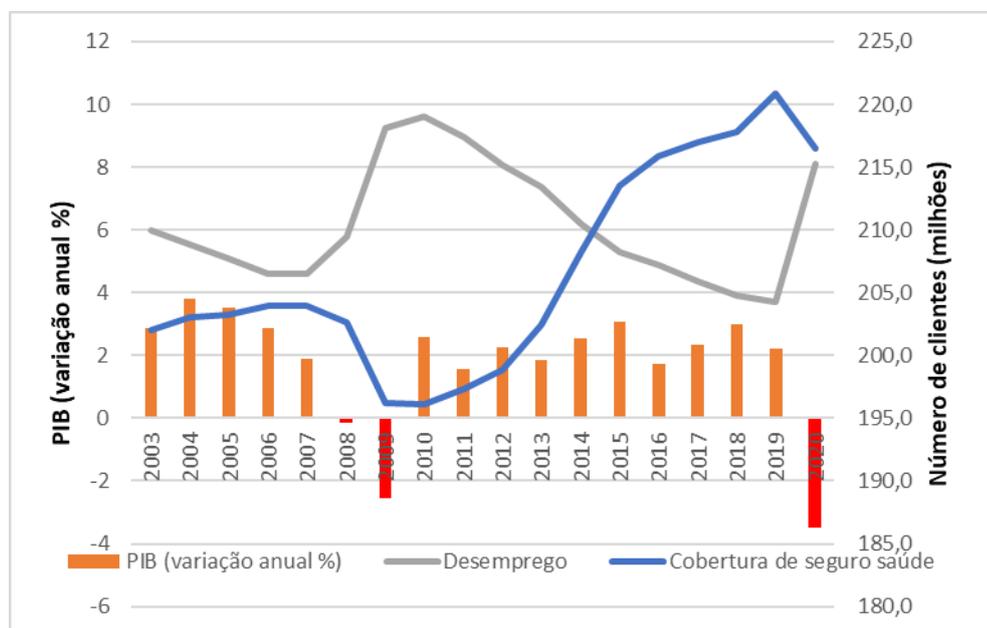
consumidores a partir da crise econômica de 2008 nos EUA e da crise de 2014 no Brasil. No entanto, após a crise no Brasil, o número de consumidores de planos de saúde e a taxa de desemprego não retornaram aos patamares pré-crise. Nos EUA, após a recuperação da economia e passados alguns anos, a quantidade de consumidores superou os patamares pré-crise e a taxa de desemprego foi diminuindo, de forma a apresentar resultado mais favorável no início da pandemia de Covid-19 do que no início da crise de 2008. Ao contrário do evidenciado no Brasil, o número de segurados nos EUA reduziu no primeiro ano da pandemia (Figuras 1 e 2).

**Figura 1 – Comparação entre indicadores econômicos (variação percentual do Produto Interno Bruto e Taxa de desemprego) e número de vínculos de clientes a planos e seguros privados de saúde – Brasil – 2003 a 2020**



Fontes: Elaboração própria a partir de indicadores econômicos divulgados pelo Banco Mundial <sup>16</sup> e de informações sobre vínculo de clientes a planos de saúde divulgadas pela ANS <sup>17</sup>.

**Figura 2 – Comparação entre indicadores econômicos (variação percentual do Produto Interno Bruto e Taxa de desemprego) e número de clientes de seguros privados de saúde – EUA – 2003 a 2020**



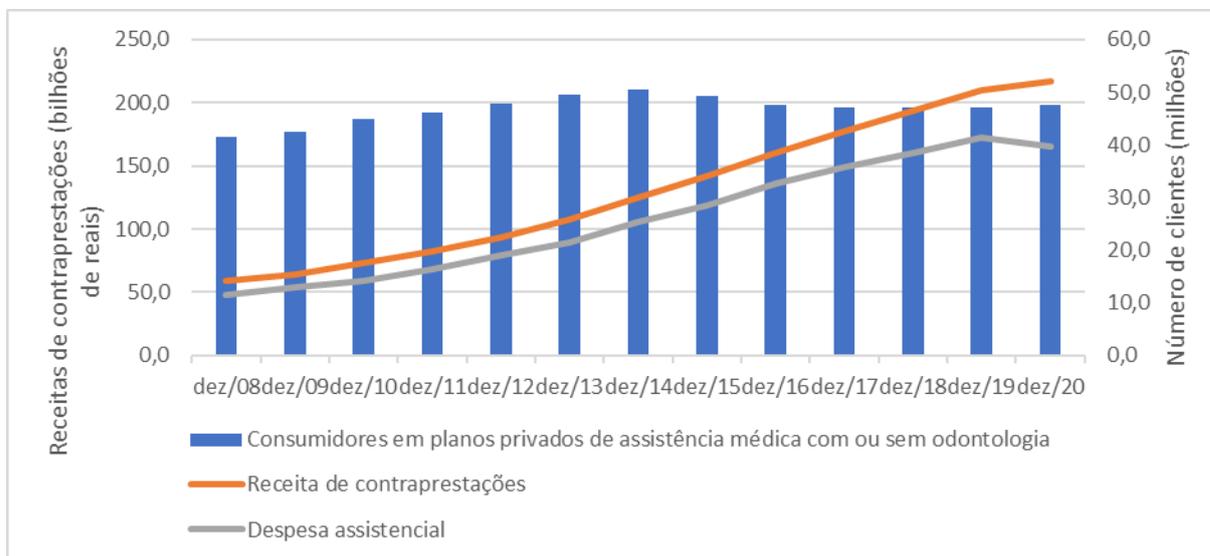
Fontes: Elaboração própria a partir de indicadores econômicos divulgados pelo Banco Mundial <sup>16</sup> e de informações sobre cobertura de seguro de saúde divulgadas pelo United States Center Bureau <sup>21</sup>.

### *Dados econômico-financeiros das empresas*

A figura 3 demonstra que a redução do número de clientes no período de recessão econômica no Brasil, de 2014 a 2016, não constituiu óbice para o aumento das receitas das empresas de planos de saúde provenientes das mensalidades pagas pelos clientes, tampouco para a redução das despesas assistenciais. O distanciamento entre as curvas de receita e despesa observado entre 2014 e 2019 sugere a ocorrência do mesmo padrão identificado entre as seguradoras americanas que utilizaram mecanismos como: aumento no valor médio dos prêmios, cancelamento de contratos, atrasos nos pagamentos e investimentos no mercado financeiro <sup>26,27</sup>.

A comparação entre o número de clientes e o desempenho contábil-financeiro das empresas brasileiras permite identificar que, em todo o período analisado, as receitas das empresas apresentaram aumento anual, sendo o cenário mais favorável no primeiro ano da pandemia, quando ocorreu aumento da receita e redução das despesas em relação ao ano anterior (Figura 3), devido à redução do índice de sinistralidade decorrente da queda na realização de procedimentos eletivos e das medidas de isolamento social.

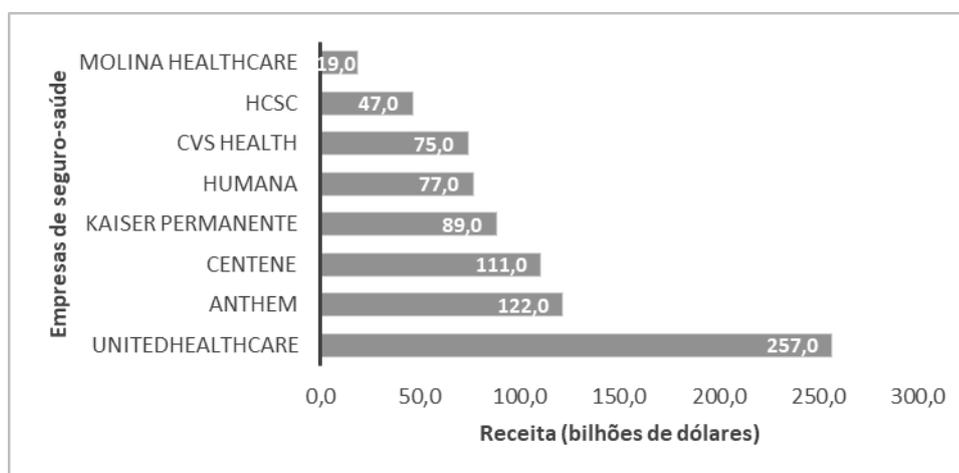
**Figura 3 – Número de vínculos de consumidores a planos privados de saúde e dados econômico-financeiros das empresas de planos de saúde (receitas de contraprestações pecuniárias e despesas assistenciais) – Brasil – dezembro de 2008 a dezembro de 2020**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar <sup>17</sup>.

O ranking das empresas de seguro-saúde dos EUA classificado com base nas receitas obtidas em 2020 corroboram a tese de que a pandemia de Covid-19 não impactou negativamente no mercado privado de saúde. A maior seguradora do país, United Healthcare, angariou o total de US\$ 257 bilhões, mais do que o dobro da seguradora Anthem que aparece em segundo lugar na classificação <sup>28</sup> (Figura 4).

**Figura 4 – Receita das maiores seguradoras de saúde norte-americanas em 2020 – EUA**

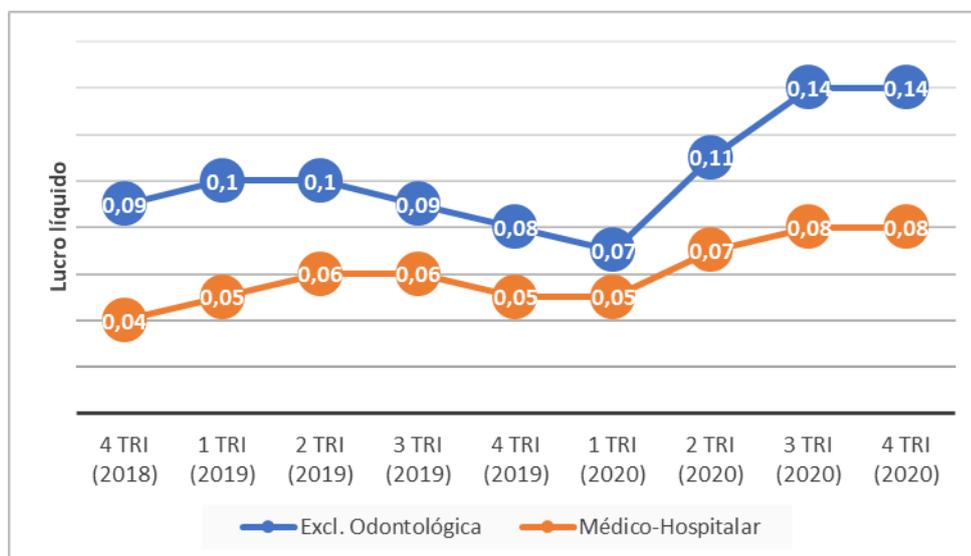


Fonte: Elaboração própria a partir das informações publicadas por PRICE <sup>28</sup>.

No Brasil, apesar da redução do número de contratos após o início da crise, notícias veiculadas pela grande imprensa e informações divulgadas pela ANS e por empresas de consultoria sobre o balanço financeiro das empresas de planos de saúde demonstram que estas continuaram obtendo lucros no período de recessão econômica<sup>18,29,30,31,32,33</sup>. A Qualicorp, maior administradora de benefícios do país, por exemplo, encerrou o ano de 2017 com lucro contábil de R\$ 397,0 milhões, 3,6% maior em relação ao ano anterior, a despeito da redução de 47,0% na carteira de clientes e do decréscimo na receita líquida total. Em 2018, o lucro líquido contábil também ficou acima do observado no ano anterior<sup>34</sup>.

Os efeitos podem ser constatados ao analisar as margens de lucro líquido tanto das empresas de planos de saúde que prestam assistência médico-hospitalar quanto daquelas exclusivamente odontológicas, com destaque para este grupo que apresentou lucros mais elevados no período analisado e dobrou a margem de lucro no ano de 2020 (Figura 5). Fato que se justifica pela redução ainda mais expressiva dos atendimentos nesse grupo de empresas devido ao risco de contaminação durante a realização dos procedimentos de saúde bucal.

**Figura 5 – Margens de lucro líquido das empresas de planos de saúde médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas – Brasil – 4º trimestre/2018-4º trimestre/2020**



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar - Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar<sup>21</sup>.

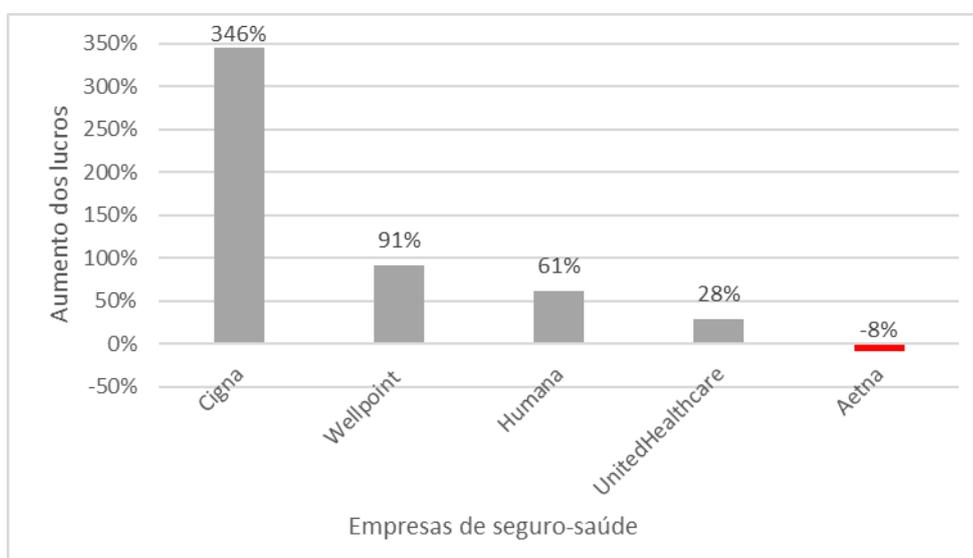
Nos EUA, em 2009, em meio à recessão econômica, as seguradoras de saúde aumentaram seus lucros em 56%, a despeito da redução de 2,7 milhões de clientes. No mesmo

ano, as cinco maiores seguradoras à época lucraram US\$ 12,2 bilhões, tendo a Cigna auferido lucro de 346% em relação ao ano anterior <sup>26</sup>, conforme demonstrado na figura 6.

Durante a pandemia de Covid-19, foi observado o mesmo cenário favorável para o crescimento das seguradoras americanas, que lograram lucros até duas vezes maiores. Na comparação entre o segundo trimestre de 2019 e o segundo trimestre de 2020, o lucro líquido da CVS Health (proprietária da Aetna) cresceu cerca de US\$ 1 bilhão, chegando a US\$ 3 bilhões. No mesmo período, a Anthem ampliou seu lucro líquido de US\$ 1,1 bilhão para US\$ 2,3 bilhões e a United Health, de US\$ 3,4 bilhões para US\$ 6,7 bilhões <sup>35,36</sup>.

O adiamento de procedimentos eletivos durante a pandemia ocasionou a inédita redução de despesas das empresas norte-americanas de seguro saúde. A sinistralidade em planos privados individuais e corporativos, que havia crescido em 2018 e 2019, reduziu dois pontos percentuais de 2019 a 2020 <sup>37</sup>.

**Figura 6 – Aumento dos lucros de seguradoras americanas, em 2009, em relação ao ano anterior – EUA**



Fonte: Elaboração própria a partir de informações divulgadas por Health Care for American Now <sup>26</sup>.

## Discussão

Os resultados evidenciados corroboram a hipótese do estudo de que as empresas de planos de saúde brasileiras continuaram ampliando suas receitas e auferindo lucros em ciclos econômicos recessivos, assim como as seguradoras americanas. Contudo, os vetores que impulsionam a expansão do mercado de pré-pagamento privado nos dois países possuem similaridades e particularidades.

No que se refere ao impacto da crise de 2008 no setor de seguros, incluindo os de saúde, sugere-se que os efeitos sobre as grandes seguradoras americanas, ainda que expostas diretamente ao epicentro dos problemas do mercado imobiliário, tenha sido limitado. Apesar de os riscos relacionados com o mercado de créditos e hipotecas terem sido revelados e as pressões sobre segmentos específicos do setor seguros terem sido diferenciadas, a propagação da crise parece não ter ameaçado a solvência do setor de seguros<sup>38,39</sup>.

Nos EUA, o Affordable Care Act (ACA), implementado durante o Governo Barack Obama, favoreceu a inclusão de segmentos populacionais às coberturas de programas que se valem de esquemas assistenciais privados, financiados com recursos governamentais. Assim, o “Obamacare” ampliou a cobertura de planos de saúde, públicos e privados. Uma das medidas foi a criação de planos de saúde subsidiados, com regras de funcionamento específicas. Além disso, foi prevista a obrigatoriedade da adesão dos trabalhadores a plano de saúde, com dedução do imposto de renda, ou a aplicação de multa no caso de não adesão. Outra estratégia foi a extensão da cobertura do Medicaid até 25 anos de idade. O Governo Trump eliminou parte dos dispositivos do ACA, como a compulsoriedade de adesão dos trabalhadores a planos de saúde, mantida, contudo, por alguns Estados<sup>40</sup>.

Dessa forma, a expansão de coberturas, por meio da adesão a planos privados de saúde, contribuiu para a alavancagem de mercados baseados na lógica dos riscos privados e reorganização de grandes seguradoras de saúde norte-americanas. Além disso, as grandes operações para aquisição e fusão de empresas envolvendo valores da ordem dos bilhões, sob a justificativa de “reduzir custos operacionais”, ilustram o dinamismo do mercado norte-americano<sup>41,42</sup>.

Os fatores que permitiram a atuação favorável das seguradoras americanas em meio a uma forte desaceleração econômica foram os intensos subsídios governamentais, a ampliação dos seguros públicos, exclusão de idosos e de carteiras de maior sinistralidade, aumento dos prêmios, aumento de copagamentos e franquias, atraso a pagamentos de prestadores, investimentos financeiros, concentração dos mercados e fortalecimento de grandes seguradoras

<sup>26,34</sup>. Os subsídios federais totalizaram US\$ 737 bilhões em 2019 e estima-se que este número alcance US\$ 1,3 trilhão em 2029. Enquanto o apoio governamental ao setor privado de saúde aumenta, a quantidade de pessoas sem seguro saúde nos EUA está projetada para aumentar de 30 milhões em 2019 para 35 milhões em 2029 <sup>43</sup>.

Durante a pandemia, as elevadas receitas e margens de lucro foram obtidas a despeito da redução do valor dos prêmios subsidiada pelo governo para aqueles que adquirissem plano de saúde <sup>44</sup>. Fato que corroborou para o desempenho positivo foi a redução de apenas 1 a 2% do número de pessoas com seguro saúde obtido pelo trabalho, pois muitos empregadores continuaram a fornecer cobertura aos trabalhadores demitidos <sup>45</sup>. As estratégias das seguradoras para lidar com os desafios impostos pela Covid-19 e os impactos das condições macroeconômicas apontam para aceleração das fusões, otimização de custos e capital, investimento em tecnologia e diversificação dos produtos <sup>46</sup>.

No Brasil, constata-se que o setor privado de saúde também conseguiu preservar e ampliar receitas nos períodos de crise econômica. Dentre os elementos que ajudam a elucidar o êxito das empresas de planos de saúde brasileiras, estão a renúncia fiscal, o aumento do emprego formal e do poder de compra da renda do trabalho na primeira década dos anos 2000, bem como mudanças trazidas pela Lei nº 13.097, de 2015, que alterou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, que permitiu a atuação do capital estrangeiro no mercado privado assistencial, atraiu investimentos e estimulou a reorganização empresarial do setor <sup>24,47,48,49,50</sup>.

A abertura do setor saúde ao capital estrangeiro marcou a guinada do setor de planos privados de saúde ao entrar no mercado financeiro, o que aqueceu as fusões e aquisições, alavancou os lucros das empresas e impulsionou as fortunas de empresários do setor.

No que concerne às empresas de planos de saúde no Brasil e o desempenho durante a pandemia de Covid-19, evidenciam-se aumento do número de clientes, incremento das receitas com resultados operacionais positivos, controle de despesas administrativas, baixa sinistralidade das empresas verticalizadas e aumento dos lucros <sup>51</sup>.

A crise econômica aprofundada pela pandemia parece não ter abalado as negociações do setor privado de saúde no Brasil. Enquanto em 2019 foram movimentados 1,641 bilhão de dólares em 73 negociações, o ano de 2020 permaneceu “aquecido” com mais de 60 fusões e aquisições no país que envolveram 1,088 bilhão de dólares <sup>52</sup>.

Em 2021, ocorreu a fusão entre duas grandes empresas de planos de saúde com valor de mercado avaliado em R\$ 110 bilhões <sup>52</sup>, 13,6 milhões de clientes <sup>53</sup> e receita líquida anual de cerca de R\$ 16 bilhões, sendo considerado no jargão econômico um dos “maiores conglomerado de saúde no país” <sup>54</sup>.

De acordo com o guia para análise econômica de atos de concentração horizontal, as concentrações podem tanto “facilitar a adoção de condutas competitivas (aumento de preços, redução da qualidade, diminuição da variedade ou redução das inovações)” quanto aumentar o bem-estar econômico ao proporcionar “vantagens competitivas para as empresas participantes (economias de escala, economias de escopo e redução dos custos de transação)” (p. 4) <sup>55</sup>.

É possível considerar que a tese do bem-estar econômico não se aplica ao setor privado de saúde na medida em que, a despeito das vantagens trazidas pelas fusões e aquisições em termos de economia e redução de custos para as empresas, a melhoria no desempenho econômico-financeiro não é repassada aos consumidores, que são submetidos a reajustes anuais e por faixa etária. O que se observa no setor é a intensificação das fusões e aquisições gerando maior concentração do mercado e a formação de oligopólios.

Dados da ANS <sup>18</sup> permitem identificar que, em março de 2021, apenas 20 grandes empresas – dentre o total de 698 – abarcavam mais de 50% dos clientes de planos médico-hospitalares. Nos planos exclusivamente odontológicos a concentração era ainda maior, uma vez que 5 empresas – dentre as 351 existentes – detinham 52% do mercado naquele período. A concentração do mercado privado de saúde também é evidenciada nos EUA. Considerando a população americana coberta por planos de saúde em 2021, as cinco maiores seguradoras de saúde detinham 44% dos clientes <sup>40</sup>.

A intensificação das operações de fusão e aquisição entre empresas do setor saúde, no Brasil, durante a pandemia de Covid-19 impulsionou o desempenho contábil-financeiro das grandes empresas de planos de saúde, criando um ambiente rentável que colocou empresários da saúde no ranking dos bilionários do mundo. Enriquecimentos patrocinados pelo Estado brasileiro que ocorrem às custas do sucateamento do SUS e não geram nenhuma contrapartida para a sociedade.

Análises financeiras do mercado privado de saúde apontam os principais efeitos para o setor diante do aumento da dívida pública, do déficit fiscal e do desemprego no país <sup>31</sup>. Ainda assim, destacam “a consolidação do setor de saúde suplementar a pleno vapor” durante a crise econômica e sanitária e disseminam as estratégias adotadas pelos *players* da saúde suplementar: oferta de produtos e serviços mais baratos, verticalização, ganho de escala, investimento em tecnologia e fortalecimento de novos modelos assistenciais <sup>56,57</sup>.

Para o período pós-pandemia, a tendência esperada é que o mercado de planos de saúde intensifique o processo de consolidação do setor por meio de fusões e aquisições <sup>58</sup>, o que favorecerá ainda mais a expansão dos lucros do segmento privado.

Mais algumas particularidades entre Brasil e EUA podem ser mencionadas no que tange à relação entre o público e o privado na saúde. Nos EUA, o debate gira em torno das possíveis ações regulatórias para exigir maior transparência sobre o gasto dos valores excedentes dos prêmios, garantir que os prêmios sejam devolvidos aos clientes ou que sejam usados para salvar vidas durante a pandemia, incluindo apoio das seguradoras aos departamentos de saúde pública estaduais subfinanciados e exigência governamental para que as seguradoras gastem uma parte dos lucros excedentes com necessidades urgentes de saúde pública <sup>36</sup>.

Enquanto isso, no Brasil, em setembro de 2021 foi publicada uma Política Nacional de Saúde Suplementar para enfrentamento da pandemia, mas que não determina ações claras sobre as possíveis formas de interação entre os setores público e privado para mitigar os efeitos deletérios da crise sanitária <sup>59</sup>. Além disso, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instaurada em abril de 2021 para apurar se houve falhas por parte do Governo Federal no enfrentamento da pandemia, apura indícios de irregularidades cometidas por uma empresa de planos de saúde durante o atendimento de pacientes diagnosticados com Covid-19, dentre as quais: cerceamento da autonomia médica, distribuição de medicamentos de eficácia não comprovada, aplicação de terapêuticas não autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e fraude em estudo clínico <sup>60</sup>.

Os americanos enfrentam gastos astronômicos com saúde, tanto pelo alto custo das franquias cobradas pelos seguros <sup>61,62</sup> quanto pela não universalização do direito de acesso aos serviços de saúde <sup>62</sup>. No Brasil, o limite para cobrança de coparticipação pelas empresas de planos de saúde, para que não se configure como barreira de acesso aos serviços <sup>63</sup>, e a existência do sistema de saúde público universal têm efeito protetor que impede que os cidadãos brasileiros venham a arcar com valores impagáveis para terem acesso à saúde.

A comparação entre os impactos da crise financeira entre planos e seguros de saúde no Brasil e nos EUA permitiu identificar as similaridades e fragilidades do sistema de saúde brasileiro, absorvido pela racionalidade do mercado, embora tenha o SUS público e universal. Tal fato proporciona maior semelhança com o sistema de saúde americano, caracterizado pela enorme desigualdade no acesso aos serviços, e contrasta com a visão igualitária que inspirou a formulação do SUS que, por sua vez, foi inspirado no NHS inglês.

A mistura de traços ideológicos igualitários e liberais na formulação de políticas de saúde é usual na maioria dos países <sup>12</sup>. No entanto, quanto mais nos aproximamos da visão liberal, mais nos distanciamos de um preceito de fundamental relevância: acesso aos cuidados em saúde como direito de todo cidadão.

## Considerações Finais

O que os períodos históricos de crise econômica e a crise sanitária têm em comum? O desempenho contábil-financeiro favorável das empresas de planos e seguros de saúde, tanto no Brasil quanto nos EUA. Especificamente quanto ao Brasil, a obtenção de maiores lucros pelas empresas ocorre enquanto a saúde pública padece com o corte de recursos, fatos que precedem a pandemia e que foram exacerbados por ela.

A conjuntura recessiva no Brasil, entre 2014 e 2016, refletiu-se na queda do número de consumidores de planos de saúde. No entanto, não foram observados impactos nas receitas das empresas, as quais adotaram comportamentos similares aos das seguradoras de saúde dos EUA após a crise mundial iniciada em 2008, tendo em vista que foram adotados mecanismos para preservar o mercado e manter a lucratividade do setor. O mesmo padrão foi identificado durante a pandemia de Covid-19, quando as empresas de planos e seguros de saúde brasileiras e norte-americanas continuaram angariando lucros, a despeito da crise econômica e sanitária.

Verificar somente o número de consumidores de planos de saúde não é suficiente para medir os impactos dos períodos de crise econômica sobre o setor privado. As receitas e despesas das empresas e o ritmo de ocorrência de fusões e aquisições também merecem destaque e dão o tom imprescindível para melhor compreensão e diagnóstico.

Nesse sentido, estudar o comportamento do mercado privado torna-se relevante, a fim de levantar evidência científica para a formulação de políticas públicas concernentes à comercialização do acesso aos cuidados de saúde, perante a dinâmica de aumento dos lucros de empresas de planos de saúde vis-à-vis o sucateamento do SUS.

## Referências

1. Varoufakis Y. O minotauro global: a verdadeira origem da crise financeira e o futuro da economia global. São Paulo: Autonomia Literária; 2018.
2. Carvalho L. Valsa brasileira: do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia; 2018.
3. Brasil. Emenda Constitucional no 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2016; 15 dez.
4. Funcia FR. Sistema Único de Saúde - 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016. In: Associação Nacional dos Auditores-Fiscais; Receita Federal do Brasil, organizadores. 30 anos da seguridade social: avanços e retrocessos. Brasília: Associação Nacional dos

- Auditores-Fiscais; 2018. p. 89-103.
5. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social* 2020; 22:9-32.
  6. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad (LC/SES.38/3-P/Rev.1). Santiago: Comisión Económica para América Latina y El Caribe; 2020.
  7. Schramm JM, Paes-Sousa R, Mendes LVM. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. (Textos para Debate, 1).
  8. Costa DCAR, Bahia L, Carvalho EMCL, Cardoso AM, Souza PMS. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde Debate* 2020; 44(spe 4):232-47.
  9. Grupo de Pesquisa e Documentação Sobre Empresariamento na Saúde; Grupo de Estudos Sobre Planos de Saúde. Recursos para o enfrentamento da COVID-19: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual. Rio de Janeiro: Grupo de Pesquisa e Documentação Sobre Empresariamento na Saúde; 2020. (Nota Técnica GPDES/UFRJ e GEPS/USP).
  10. Secretaria do Tesouro Nacional, Ministério da Fazenda. Aspectos fiscais da saúde no Brasil. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional; 2018.
  11. Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planej Polít Públicas* 1990; 3:139-62.
  12. Wagstaff A, Doorslaer EV. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP, organizadores. *Handbook of health economics*. v. 1B. North Holland: Elsevier; 2000. p. 1803-62.
  13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
  14. Costa DCAR. Crise econômica e gasto público e privado em saúde: tendências dos sistemas de saúde na América Latina. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. *Crise global e sistemas de saúde na América Latina*. Salvador: EDUFBA, 2022.
  15. Andrietta LS, Monte-Cardoso A, Sestelo JAF, Scheffer MC, Bahia L. Empresas de plano de saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão. (Textos para Discussão, 51). [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PJS\\_SaudeAmanha\\_Texto0051\\_v04.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PJS_SaudeAmanha_Texto0051_v04.pdf) (acessado em 27/Jul/2021).
  16. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União. Relatório de avaliação: dedução das despesas médicas do IRPF. Ciclo 2020. <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos->

- colegiados/cmap/politicas/2020/subsidios/relatorio\_avaliacao-cmas-2020-deducao-despesas-medicas.pdf (acessado em 14/Abr/2022).
17. World Bank. World Bank Open Data. Data bank. World development indicators. <https://data.worldbank.org/> (acessado em: 15/Abr/2021).
  18. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> (acessado em: 05/Jul/2021).
  19. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS: números de maio reafirmam crescimento no setor. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-numeros-de-maio-reafirmam-crescimento-no-setor> (acessado em: 06/Jul/2021).
  20. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim Covid-19. [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/boletim-covid-19-ans\\_2021-julho.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/boletim-covid-19-ans_2021-julho.pdf) (acessado em: 25/Jul/2021).
  21. Agência Nacional de Saúde Suplementar. PRISMA econômico-financeiro da saúde suplementar. 2017; 8(2). <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/prisma-economico-financeiro-da-saude-suplementar> (acessado em 25/Jul/2021).
  22. United States Census Bureau. Health Insurance Data. <https://www.census.gov/topics/health/health-insurance/data.html> (acessado 21/Nov/2021).
  23. Joint Committee on Taxation. Congress of United States. Estimates of Federal tax expenditures for fiscal years 2017-2021. <https://www.jct.gov/publications/2018/jcx-34-18/> (acessado em 25/Mai/2018).
  24. Marques RM, Ximenes SB, Ugino CK. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. *Braz J Political Econ.* 2018;38:526-47.
  25. Dorn S. The Covid-19 pandemic and resulting economic crash have caused the greatest health insurance losses in American history. <https://www.familiesusa.org/resources/the-covid-19-pandemic-and-resulting> (acessado em Jul/2020).
  26. Health Care for American Now. Health insurers break profit records as 2.7 million Americans lose coverage. <http://pnhp.org/sites/default/files/docs/2010/Health-Insurers-Break-Profit-Record.pdf> (acessado em Jul/2021).
  27. Schoen C, Collins SR. The Big Five Health Insurers' membership and revenue trends: implications for public policy. *Health Aff (Millwood)* 2017;36:2185-94.
  28. Price S. Largest health insurance companies of 2021. *Value Penguin* 2021. <https://www.valuepenguin.com/largest-health-insurance-companies#biggest> (acessado em 25/Jul/2021).
  29. Lucro líquido da Qualicorp soma R\$ 69,7 milhões no 2º trimestre, queda de 1,6%. Isto É Dinheiro 2016; 1 ago. <https://www.istoedinheiro.com.br/lucro-liquido-da-qualicorp-soma-r-697-milhoes-no-2o-trimestre-queda-de-16/>.

30. Koike B. Lucro das operadoras de planos de saúde sobe 70,6% em 2016, afirma ANS. Valor Econômico 2017; 12 jun. <https://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans>.
31. Casemiro L, Cavalcanti G. Operadoras de plano de saúde ampliam receita, apesar de perda de clientes. O Globo 2017; 2 jul. <https://oglobo.globo.com/economia/operadoras-de-plano-de-saude-ampliam-receita-apesar-de-perda-de-clientes-21544177>.
32. Salu E. Operar plano de saúde é lucro certo, exceto para auto-gestão! Saúde Business 2018; 29 mar. <https://beta.saudebusiness.com/hospital/operar-plano-de-sade-lucro-certo-exceto-para-auto-gesto>.
33. Silveira FM. Queda na sinistralidade foi o destaque em 2017! <http://www1.coivalores.com.br/arquivos3/analise/resultados/odpvar4t17.pdf> (acessado em 12/Abr/2019).
34. Grupo Qualicorp. Demonstrações financeiras para os exercícios findos em 31 de dezembro de 2018 e 2017. <https://globalreports.com.br/wp-content/uploads/2019/12/qualicorp-df-2018-1.pdf> (acessado em 12/Abr/2019).
35. Abelson R. Major U.S. health insurers report big profits, benefiting from the pandemic. New York Times 2020; 5 ago. <https://www.nytimes.com/2020/08/05/health/covid-insurance-profits.html> (acessado em 26/Jul/2021).
36. Plott CF, Kachalia AB, Sharfstein JM. Unexpected health insurance profits and the COVID-19 crisis. JAMA 2020; 324:1713-4.
37. McDermott D, Stolyar L, Hinton E, Ramirez G, Cox C, Biniek JF, et al. Health insurer financial performance in 2020. <https://www.kff.org/private-insurance/issue-brief/health-insurer-financial-performance-in-2020/> (acessado em 03/Mai/2021).
38. Schich S. Insurance companies and the financial crisis. Financial Market Trends 2009; (2). <https://www.oecd.org/finance/insurance/44260382.pdf>.
39. Capgemini. World insurance report: past, present and future. <https://worldinsurance-report.com/wp-content/uploads/sites/6/2018/10/World-Insurance-Report-%E2%80%93-Past-Present-and-Future.pdf> (acessado em 08/Jul/2021).
40. Medici AC. O desafio da cobertura universal de saúde nos Estados Unidos: de Barack Obama a Joe Biden. s.l.: Universal Health Monitor; 2021.
41. Brown K, Webb O. The big tech of health care. The American Prospect 2021; 5 abr. <https://prospect.org/health/big-tech-of-health-care-united-optum-change-merger/> (acessado em 05/Jul/2021).
42. Gerencher K. How the big health insurer mergers will impact you. Bloomberg Business 2015; 24 set. <https://www.marketwatch.com/story/how-the-big-health-insurer-mergers-will-impact-you-2015-09-21>.
43. Congress of the United States; Congressional Budget Office. Federal subsidies for health insurance coverage for people under age 65: 2019 to 2029. [https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55085-HealthCoverageSubsidies\\_0.pdf](https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55085-HealthCoverageSubsidies_0.pdf) (acessado em 25/Jul/2021).

44. America's Health Insurance Plans. New study: without extension of ARPA benefits, americans could face higher premiums in exchanges. <https://www.ahip.org/new-study-without-extension-of-arpa-benefits-americans-could-face-higher-premiums-in-exchanges/> (acessado em 08/Jul/2021).
45. Mulligan C. Three cheers for employer health insurance. *WSJ Opinion* 2021; 16 jul. <https://www.wsj.com/articles/employer-health-insurance-medicare-for-all-medical-costs-socialized-medicine-11626467608> (acessado em 27/Jul/2021).
46. Santenac I. 2021 global insurance outlook: accelerating change to create value. [https://www.ey.com/en\\_gl/insurance/2021-global-insurance-outlook-accelerating-change-to-create-value](https://www.ey.com/en_gl/insurance/2021-global-insurance-outlook-accelerating-change-to-create-value) (acessado em 25/Jul/2021).
47. Brasil. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores [...]. *Diário Oficial da União* 2015; 20 jan.
48. Tavares LR, Martins SJC, Silva Junior JCA. A saúde suplementar do Brasil e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). In: De Luca L, organizador. *Governança corporativa em saúde*. São Paulo: Saint Paul; 2014. p. 44-72.
49. Bahia L, Scheffer M, Tavares LR, Braga IF. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32 Suppl 2:e00154015.
50. Sestelo JAF. *Planos de saúde e dominância financeira*. Salvador: Edufba; 2018.
51. Oliveira V, Silva U. Passado, presente e futuro da saúde suplementar: análise de mercado. <https://xvifinance.com.br/passado-presente-futuro-da-saude-suplementar-i/> (acessado em 25/Jul/2021).
52. Costa M. Setor de saúde concentrou mais de 60 fusões e aquisições em 2020 no Brasil. *Veja* 2021; 4 mar. <https://veja.abril.com.br/blog/radar-economico/setor-de-saude-concentrou-mais-de-60-fusoes-e-aquisicoes-em-2020-no-brasil/> (acessado em 02/Abr/2021).
53. Gimenes R. Hapvida e NotreDame buscam lançar planos mais acessíveis após a fusão. *Veja* 2021; 9 mar. <https://veja.abril.com.br/economia/hapvida-e-notredame-buscam-lancar-planos-mais-acessiveis-apos-a-fusao/> (acessado em 02/Abr/2021).
54. Omena M. Hapvida e NotreDame finalizam acordo de fusão que pode criar o maior conglomerado de saúde do país. *Forbes Money* 2021; 28 fev. <https://forbes.com.br/forbes-money/2021/02/hapvida-e-notre-dame-finalizam-acordo-de-fusao-que-pode-criar-o-maior-conglomerado-de-saude-do-pais/> (acessado em 03/Abr/2021).
55. Conselho Administrativo de Defesa Econômica. Portaria Conjunta SEAE/SDE nº 50, de 1 de agosto de 2001. Aprova o Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal. *Diário Oficial da União* 2001; 17 ago.

56. Branco A. Dois efeitos principais da crise econômica para a saúde suplementar. <https://xvifinance.com.br/efeitos-da-crise-economica-para-a-saude-suplementar/> (acessado em 25/Jul/2021).
57. Lopes J. Reflexões estratégicas sobre a saúde suplementar. <https://xvifinance.com.br/reflexoes-estrategicas-sobre-a-saude-suplementar/> (acessado em 25/Jul/2021).
58. Deungaro E, Rezende U. Para além da pandemia: reflexões sobre gestão de crises. <https://xvifinance.com.br/para-alem-da-pandemia-reflexoes-sobre-gestao-de-crises/> (acessado em 25/Jul/2021).
59. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Suplementar para o enfrentamento da pandemia da Covid-19. <https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnss-covid-19> (acessado em 24/Jun/2021).
60. Agência do Senado. CPI aprova requerimentos para investigar denúncias de irregularidades na Prevent Senior. Agência Senado de Notícias 2021; 1 out. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/01/cpi-aprova-requerimentos-para-investigar-denuncias-de-irregularidades-na-prevent-senior>.
61. Roehr B. The health of private insurance in the US during covid-19. *BMJ* 2020; 370:m2606.
62. Wapner J. Covid-19: medical expenses leave many Americans deep in debt. *BMJ* 2020; 370:m3097.
63. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução CONSU nº 08, de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União* 1998; 4 nov.

## **6 ESTRATÉGIAS PARA EXPANSÃO DO MERCADO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS DE CRISE ECONÔMICA E SANITÁRIA: AÇÕES GOVERNAMENTAIS E PROTAGONISMO DAS EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE <sup>7</sup>**

### **RESUMO**

A crise econômica intensificada no Brasil a partir de 2014 produz efeitos negativos no sistema de saúde brasileiro, que sofre com o contingenciamento de gastos públicos. O país possui um sistema universal e público de saúde e forte presença do setor privado, que atua tanto na prestação de assistência à saúde mediante a contratação de serviços pelo SUS, quanto pelas empresas de planos de saúde que abarcam cerca de 25% da população com maior status sócio-ocupacional. Com a recessão econômica instalada no Brasil, o setor privado de saúde sofreu impacto com leve redução do número de consumidores. Ainda assim, o setor conseguiu preservar sua fatia de mercado mantendo receitas e, inclusive, voltou a apresentar crescimento no ano da pandemia de covid-19 e de aprofundamento da crise econômica no país, fenômeno que merece ser estudado para sua melhor compreensão. Desde o surgimento do setor privado de saúde até os tempos atuais de crise econômica são evidenciadas propostas e estratégias que buscam criar novos arranjos a fim de diversificar o mercado e promover a venda de planos e seguros de saúde para a população. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi sistematizar e analisar as estratégias do setor privado de saúde adotadas ao longo dos anos para sua preservação, expansão e diversificação, bem como ações governamentais voltadas para esse setor, contextualizando com o cenário de crise econômica enfrentado pelo país e com a crise sanitária deflagrada pela pandemia de covid-19. O estudo evidencia a histórica adoção de medidas para preservação e expansão do setor privado de saúde no país e destaca como esse processo se consolida com apoio governamental e em dissonância com os princípios e bases instituídos para o sistema de saúde no Brasil. A crise econômica afetou o setor público de saúde com o contingenciamento de recursos. No entanto, constata-se que o mercado privado de saúde no Brasil mantém a tendência de expansão durante períodos de crise econômica. Tal proeza tem como pano de fundo o forte protagonismo e dinamismo das empresas de planos de saúde e suas entidades representativas, assim como estratégias que envolvem medidas governamentais que promovem tanto a preservação do setor privado de saúde como a sua expansão, com incentivo governamental que ocorre às custas da deterioração dos serviços públicos. Evidencia-se grande adaptabilidade do segmento privado aos diferentes ciclos econômicos, inclusive durante a crise sanitária deflagrada pela covid-19. Faz-se mister tanto estabelecer e fincar esses espaços de debate democrático quanto ampliar a abrangência da atuação, para que o movimento sanitário tenha tanta influência política quanto os empresários da saúde, estabelecendo ação enérgica e organizada em prol da garantia de direitos de saúde e cidadania, a fim de promover o debate na sociedade a respeito da pertinência de políticas que impulsionam a ascensão do capital estrangeiro na saúde em detrimento do sistema público universal.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Saúde Suplementar. Planos de Pré-Pagamento em Saúde. Seguro Saúde. Recessão Econômica.

---

<sup>7</sup> A presente seção faz parte do livro denominado: “UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”: saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária, originado a partir desta Tese de Doutorado.

## INTRODUÇÃO

A crise econômica intensificada no Brasil a partir de 2014 produz efeitos negativos no sistema de saúde brasileiro, que sofre com o contingenciamento de gastos públicos preconizado pela Emenda Constitucional nº 95, que congelou gastos sociais por 20 anos até 2036 (BRASIL, 2016a). O país possui um sistema universal e público de saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS) e forte presença do setor privado, que atua tanto na prestação de assistência à saúde mediante a contratação de serviços pelo SUS quanto pelas empresas de planos de saúde que abarcam cerca de 25% da população com maior status sócio-ocupacional.

Os planos e seguros privados de saúde surgiram no Brasil no final da década de 1970 (CORDEIRO, 1984; BAHIA, 1997), antes mesmo da promulgação da Constituição Federal que definiu a saúde como direito de todos, em 1988 (BRASIL, 1988) e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a, 1990b). No final da década 1980, um grande mercado de planos de saúde estava estabelecido no país (BAHIA, 2001), de forma que a consolidação do SUS como política nacional de saúde foi marcada por disputas entre o modelo de saúde pública como direito de todos e dever do Estado e o modelo privatista da saúde; e pelo incentivo governamental à ampliação do setor privado (PONTE; FALLEIROS, 2010), baseado em incentivos fiscais, isenções de tributação, subsídios e anistias do Estado brasileiro (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

A regulação se iniciou com a publicação do marco regulatório do setor, em 1998 (BRASIL, 1998a) e, posteriormente com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no ano 2000, vinculada ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). As empresas de planos de saúde são classificadas em diferentes modalidades, quais sejam: administradora de benefícios, cooperativa médica, cooperativa odontológica, medicina de grupo, odontologia de grupo, autogestão, filantropia e seguradoras especializadas em saúde; podem oferecer planos individuais e familiares ou coletivos, por adesão ou empresariais, com cobertura médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica.

Desde o advento da agência reguladora, a quantidade de consumidores de planos de assistência médica com ou sem odontologia aumentou consideravelmente até o ano 2014, tendo passado de 30,5 para 50,5 milhões nesse período. No entanto, entre 2015 e 2017 foram evidenciadas taxas de crescimento negativas e o número de consumidores chegou a 47,1 milhões. Em 2018, o número de consumidores se manteve, apresentou leve redução no ano seguinte e voltou a subir em 2020 por conta da pandemia de covid-19 (ANS, 2021a). Dados de maio de 2021 divulgados pela ANS apontaram o incremento de mais de 1 milhão

de clientes em um ano. Com isso, o setor alcançou 48,3 milhões de clientes em planos médico-hospitalares, recuperando o patamar registrado em julho de 2016 (ANS, 2021b). O crescimento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, principalmente nos planos coletivos empresariais e entre idosos. Vale ressaltar que, em todo esse período as receitas das empresas apresentaram aumento anual, sendo o cenário mais favorável no primeiro ano da pandemia, quando ocorreu aumento da receita e redução das despesas em relação ao ano anterior, devido à redução do índice de sinistralidade decorrente da queda na realização de procedimentos eletivos e das medidas de isolamento social (ANS, 2021a, 2021c).

Considerando que a crise mundial de 2008, iniciada nos Estados Unidos, não teve impacto negativo para a economia do país, o número de consumidores continuou aumentando. Somente a partir de 2014, com a recessão econômica instalada no Brasil, o setor privado de saúde sofreu impacto com leve redução do número de consumidores, tendo em vista o aumento do desemprego que impactou na redução dos planos coletivos por trabalhadores formais, além da perda dos planos individuais por profissionais autônomos e clientes que não tiveram condições de continuar arcando com as mensalidades elevadas. Ainda assim, o setor conseguiu preservar sua fatia de mercado mantendo receitas e, inclusive, voltou a apresentar crescimento no ano da pandemia de covid-19 e de aprofundamento da crise econômica no país, fenômeno que merece ser estudado para sua melhor compreensão.

Em toda a trajetória do setor privado de saúde até os tempos atuais de crise econômica são evidenciadas propostas e estratégias que buscam criar novos arranjos a fim de diversificar o mercado e alavancar a venda de planos e seguros de saúde para a população. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi sistematizar e analisar as estratégias do setor privado de saúde adotadas ao longo dos anos para sua preservação, expansão e diversificação, bem como ações governamentais voltadas para esse setor, contextualizando com o cenário de crise econômica enfrentado pelo país e a crise sanitária deflagrada pela pandemia de covid-19.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo descritivo que incluiu o levantamento de informações sobre as estratégias que expandem o setor de planos privados de saúde, a partir de revisão da literatura e extensa pesquisa bibliográfica e documental, bem como análise de informações. Nesse contexto, procedeu-se à pesquisa de artigos e publicações em bases de dados eletrônicos e sítios de busca na internet, consulta a documentos oficiais disponíveis em fontes

governamentais de órgãos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no Brasil, bem como busca por notícias correlatas, veiculadas pela mídia especializada e comercial, que versaram sobre a temática em questão. Além disso, foram levantadas as propostas provenientes de entidades representativas do segmento privado de saúde, configurando o leque de estratégias que visaram resguardar os interesses do setor.

As atividades do Poder Executivo foram analisadas a partir da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde brasileiro, responsável por promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as empresas de planos e seguros privados de saúde que atuam no país (BRASIL, 2000).

As estratégias subsidiadas com recursos públicos agrupam ações governamentais que favorecem a expansão e disseminação do setor privado em detrimento do sistema público de saúde.

Foram obtidos os valores relacionados ao gasto tributário total, aos gastos tributários com saúde, aos gastos tributários referentes às rubricas “Despesas Médicas”, no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF); e “Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados”, no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), no período de 2007 a 2021, tendo como fontes as informações divulgadas pela Receita Federal do Brasil em seu sítio eletrônico (BRASIL, 2022). Os gastos tributários exclusivamente com planos de saúde, no período de 2007 a 2018, foram obtidos por meio de dados da Receita Federal constantes em publicação do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, composto pelos Secretários-Executivos do Ministério da Economia, Casa Civil e Controladoria Geral da União (CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2020).

Realizou-se o levantamento de informações sobre os valores das cobranças e pagamentos dos valores de ressarcimento ao SUS por meio de consulta a bases de dados secundários e informações disponibilizadas pela ANS (ANS, 2022a; 2022b; 2021d; 2021e; 2020a; 2020b), inclusive os valores cobrados e não devolvidos pelas empresas de planos de saúde ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Todos os valores monetários foram deflacionados para Reais de 31 de dezembro de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2022), principal indicador de inflação utilizado no Brasil.

As estratégias normativas dizem respeito tanto a brechas existentes na legislação, as quais favorecem a ampliação do setor, quanto a propostas normativas que foram debatidas ou

que ainda estão em andamento e possuem relação com as ações do governo direcionadas ao segmento privado.

Foram consideradas estratégias para preservação do mercado tradicional/habitual os mecanismos adotados pelas empresas no sentido de conter custos e despesas assistenciais. A fim de confirmar essa relação, obteve-se, a partir de consulta e análise de dados divulgados pela ANS, o número de reclamações de consumidores de planos de saúde junto ao órgão regulador, no período de janeiro de 2010 a maio de 2021 (ANS, 2021a), assim como de procedimentos realizados por prestadores de serviços glosados pelas empresas de planos de saúde (ANS, 2017a, 2021e), para avaliar o panorama a partir da crise econômica e sanitária.

Foram ainda contempladas as propostas apresentadas durante a pandemia de covid-19 no país, período no qual ocorreu aumento da atuação política do segmento privado em busca de novas possibilidades de atuação e flexibilização das regras existentes.

O presente estudo teve como escopo as empresas de planos de saúde e, portanto, não incluiu a abordagem sobre os recursos públicos destinados à contratação de prestadores privados para prestação da assistência à saúde no SUS, embora tal prática se constitua como outra forma de subsídio estatal que colaboram para a expansão do setor privado no país.

Além disso, não se pretendeu esgotar o referencial teórico sobre os temas, dada a amplitude da análise e dos diversos assuntos abordados, mas sim estruturar o leque de estratégias adotadas e ações postas em prática em prol da expansão do mercado privado de saúde no Brasil.

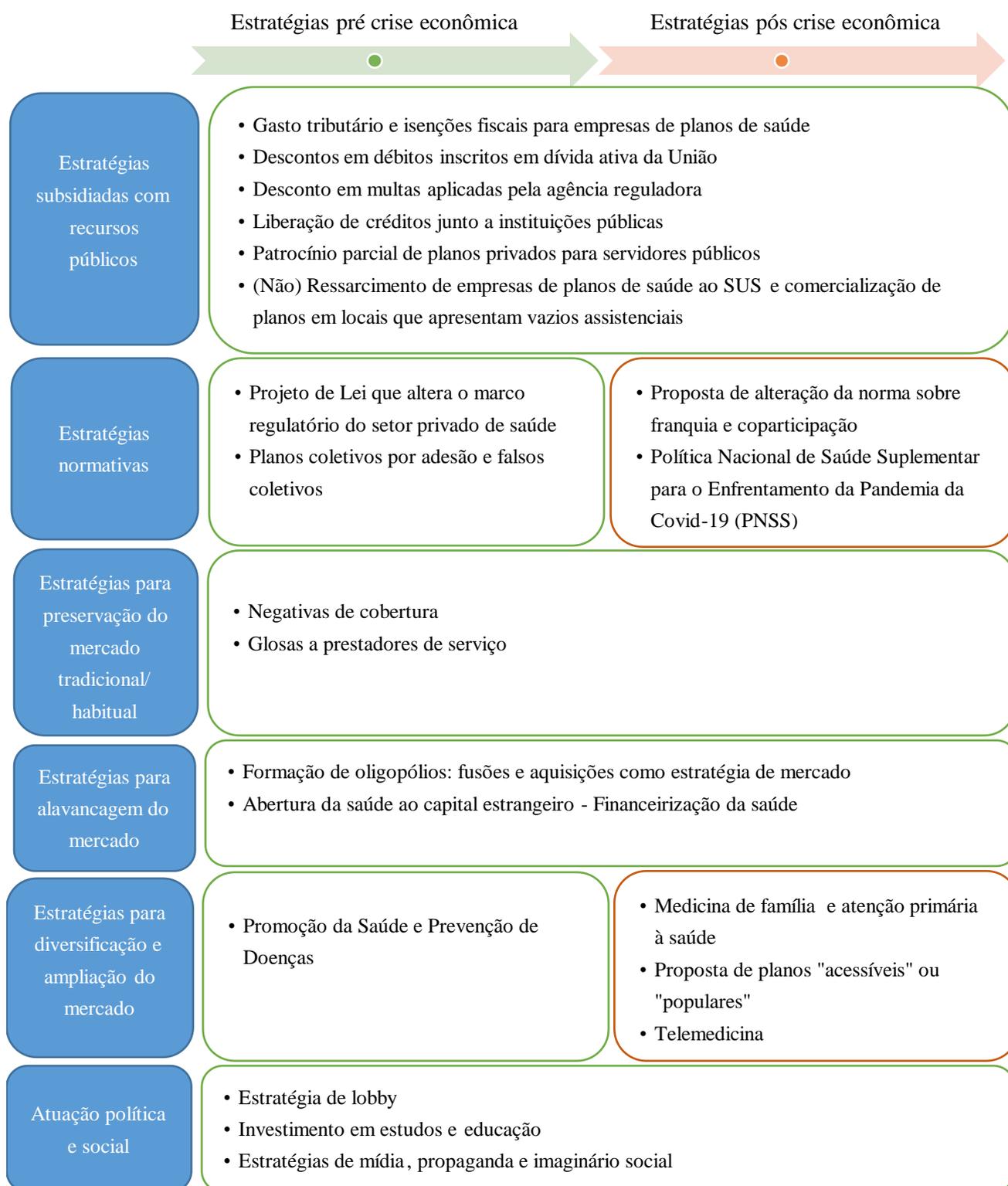
## **RESULTADOS**

A partir da leitura de todo o referencial teórico e da análise dos dados obtidos, as estratégias utilizadas para preservação e expansão do mercado privado de saúde foram agrupadas em seis dimensões, quais sejam: Estratégias subsidiadas com recursos públicos, Estratégias normativas, Estratégias para preservação do mercado tradicional/habitual, Estratégias para alavancagem do mercado, Estratégias para diversificação e ampliação do mercado e Atuação política e social.

As estratégias e suas respectivas dimensões encontram-se sistematizadas na representação esquemática apresentada na figura 1 e discriminadas de acordo com o período de início pré ou pós-crise econômica de 2014.

Para fins de apresentação dos resultados, a exposição dos temas foi organizada a partir das dimensões aqui delineadas. A análise sintetiza o detalhamento das estratégias iniciadas antes da crise e que permaneceram vigentes no período posterior.

**Figura 1 – Estratégias para preservação, expansão e diversificação do mercado privado de planos de saúde, implementadas antes e depois da crise econômica iniciada em 2014, no Brasil.**



Fonte: Elaboração própria para sistematizar as estratégias após análise do referencial teórico consultado e dos dados obtidos.

## ESTRATÉGIAS SUBSIDIADAS COM RECURSOS PÚBLICOS

### **Gasto tributário e isenções fiscais para empresas de planos de saúde**

Apesar de a trajetória de financiamento do sistema público de saúde brasileiro ser marcada pela escassez de recursos e por uma instabilidade nos fluxos financeiros, as deduções e isenções fiscais são largamente utilizadas como políticas de incentivo ao desenvolvimento do setor privado.

A concessão de benefícios tributários como instrumento político de indução da alocação de recursos já vem sendo adotada, a partir de leis e decretos, desde o início da década de 1960. Tais benefícios se voltavam ao atendimento de políticas públicas específicas, com vistas a estimular o desenvolvimento de determinados grupos, setores econômicos ou regiões do país (SAYD, 2003).

Segundo a Receita Federal do Brasil (RFB), o sistema tributário possui desonerações, definidas da seguinte forma (BRASIL, 2019a, p. 5):

São consideradas desonerações tributárias todas e quaisquer situações que promovam presunções creditícias, isenções, anistias, reduções de alíquotas, deduções, abatimentos e diferimentos de obrigações de natureza tributária.

A instituição define as finalidades das desonerações tributárias (BRASIL, 2019a, p.5-6):

Tais desonerações, em sentido amplo, podem servir para diversos fins. Por exemplo:

- a) simplificar e/ou diminuir os custos da administração;
- b) promover a equidade;
- c) corrigir desvios;
- d) compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo;
- e) compensar ações complementares às funções típicas de Estado desenvolvidas por entidades civis;
- f) promover a equalização das rendas entre regiões; e/ou,
- g) incentivar determinado setor da economia.

Nos casos das alíneas “d”, “e”, “f” e “g”, essas desonerações irão se constituir em alternativas às ações políticas de Governo, ações essas que têm como objetivo a promoção do desenvolvimento econômico ou social, não realizadas no orçamento, mas, sim, por intermédio do sistema tributário. Tal grupo de desonerações irá compor o que se convencionou denominar de “gastos tributários”.

Três princípios integram a estrutura de um sistema tributário (BRASIL, 2019a, p. 6):

1. Contribuintes em situações equivalentes devem estar sujeitos a obrigações similares (equidade);
2. Contribuintes com maior renda podem estar sujeitos a obrigações mais que proporcionais que os de menor renda (progressividade); e
3. A tributação não deve alterar a alocação dos recursos na economia (neutralidade).

Toda desoneração que não obedece aos princípios identificados no sistema tributário de referência, é considerada como gasto tributário, assim definido (BRASIL, 2019a, p. 7):

Gastos tributários são gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando a atender objetivos econômicos e sociais e constituem-se em uma exceção ao sistema tributário de referência, reduzindo a arrecadação potencial e, conseqüentemente, aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte.

Assim, pode-se dizer que os gastos tributários podem ter caráter compensatório, quando o governo não atende adequadamente a população quanto aos serviços de sua responsabilidade, ou caráter incentivador, quando o governo tem a intenção de desenvolver determinado setor ou região.

Dessa forma, as políticas de desoneração tributária representam gastos indiretos do Estado com incentivo à iniciativa privada e ocorrem como forma de compensar os contribuintes pela deficiência do Estado em prover determinados serviços (ALVES, 2018).

Embora o sistema de saúde brasileiro seja definido constitucionalmente como universal e integral, o setor privado prestador é financiado pela compra estatal de serviços, enquanto o segmento de empresas de planos de saúde é fortemente subsidiado pelo Estado por meio da renúncia fiscal (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

As empresas de planos e seguros de saúde no Brasil são beneficiadas por políticas de desoneração fiscal voltadas para o estímulo à demanda e oferta de planos de saúde. Pelo lado da demanda, tem-se a possibilidade de dedução de valores da base de cálculo no Imposto de Renda (IR), tanto o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) e o Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ). No que tange à oferta, as empresas beneficiam-se da isenção legal para determinados tributos. Outra forma de desoneração é a política de parcelamento especial de tributos, denominado Refis, o qual apresenta condições muito favoráveis aos devedores (ALVES, 2018).

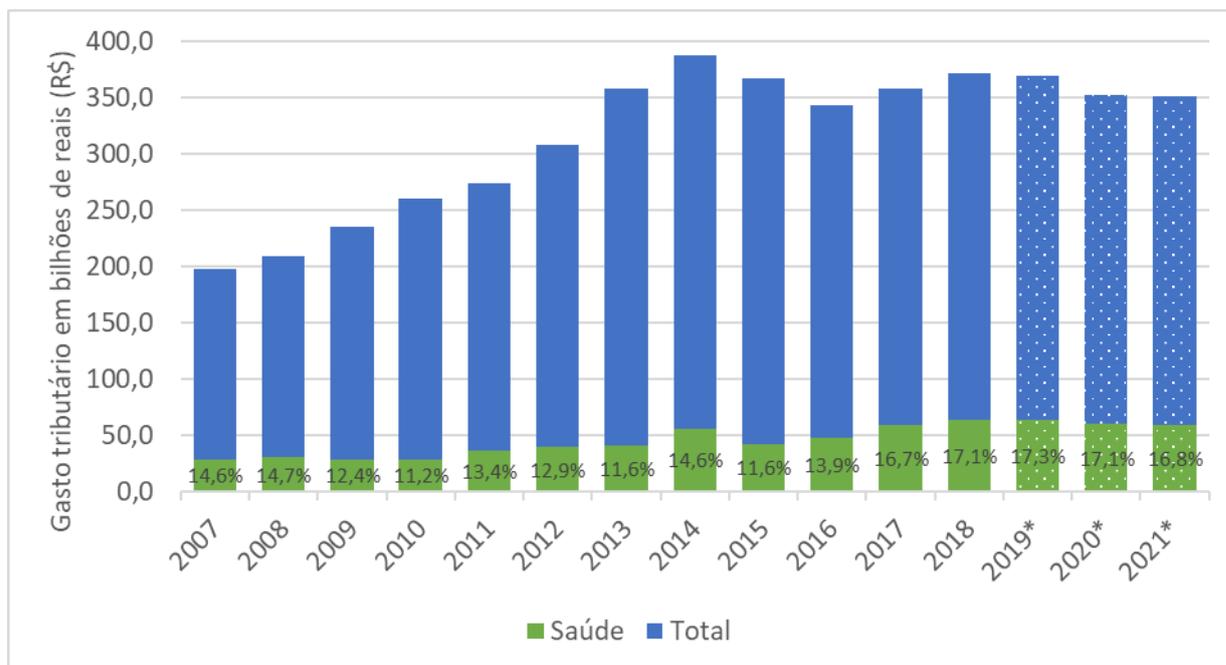
Importante destacar que políticas de desoneração instituídas em qualquer tributo ou setor da economia geram gasto tributário, uma vez que o Estado deixa de arrecadar (ALVES, 2018). Ademais, as deduções e isenções tributárias e fiscais contribuem para o aumento da lucratividade dessas empresas, além de se constituírem em estímulos para a expansão do mercado privado de saúde.

As deduções fiscais no IR relacionadas ao setor saúde compõem o gasto tributário em saúde e são legalmente concedidas pelo governo às famílias e aos empregadores e abarcam tanto pessoas físicas quanto jurídicas. As deduções do IRPF são relativas a despesas com planos de saúde, hospitais, e clínicas no Brasil e no exterior, profissionais de saúde no Brasil e no exterior (médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos), enquanto as deduções do IRPJ se referem aos gastos com despesas médicas, odontológicas e farmacêuticas dos empregadores. Não há limites para as deduções de despesas com saúde no IR (BRASIL, 2019a, 2019b). Tais deduções constituem gastos tributários por serem entendidas como política de saúde e por se tratar de compensação dos gastos realizados pelos contribuintes em serviços não atendidos em sua totalidade pelo Estado (BRASIL, 2019a).

O levantamento realizado nesta tese abrangeu a análise de dados divulgados pela RFB sobre gasto tributário total, gasto tributário com saúde e gastos tributários referentes às rubricas “Despesas Médicas”, no IRPF e “Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados”, no IRPJ (BRASIL, 2022), bem como o gasto tributário com planos de saúde (CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2020).

No período entre 2007 e 2021, o gasto tributário federal total aumentou 72% e o gasto tributário com saúde, 103%. Estima-se que, em 2021, a concessão de benefícios de natureza tributária alcance a marca de R\$ 351 bilhões, representando 4,3% do produto interno bruto e 22,7% das receitas administradas pela RFB. Do total do gasto tributário projetado para o referido ano, 16,8% (R\$ 58,8 bilhões) foram relacionados à função orçamentária Saúde. A figura 2 apresenta o gasto tributário federal e o gasto tributário com saúde, no período de 2007 a 2021, cabendo ressaltar que os três últimos anos da série histórica apresentam as projeções calculadas pela RFB.

**Figura 2 – Gasto tributário federal total e com saúde, no período de 2007 a 2021.**



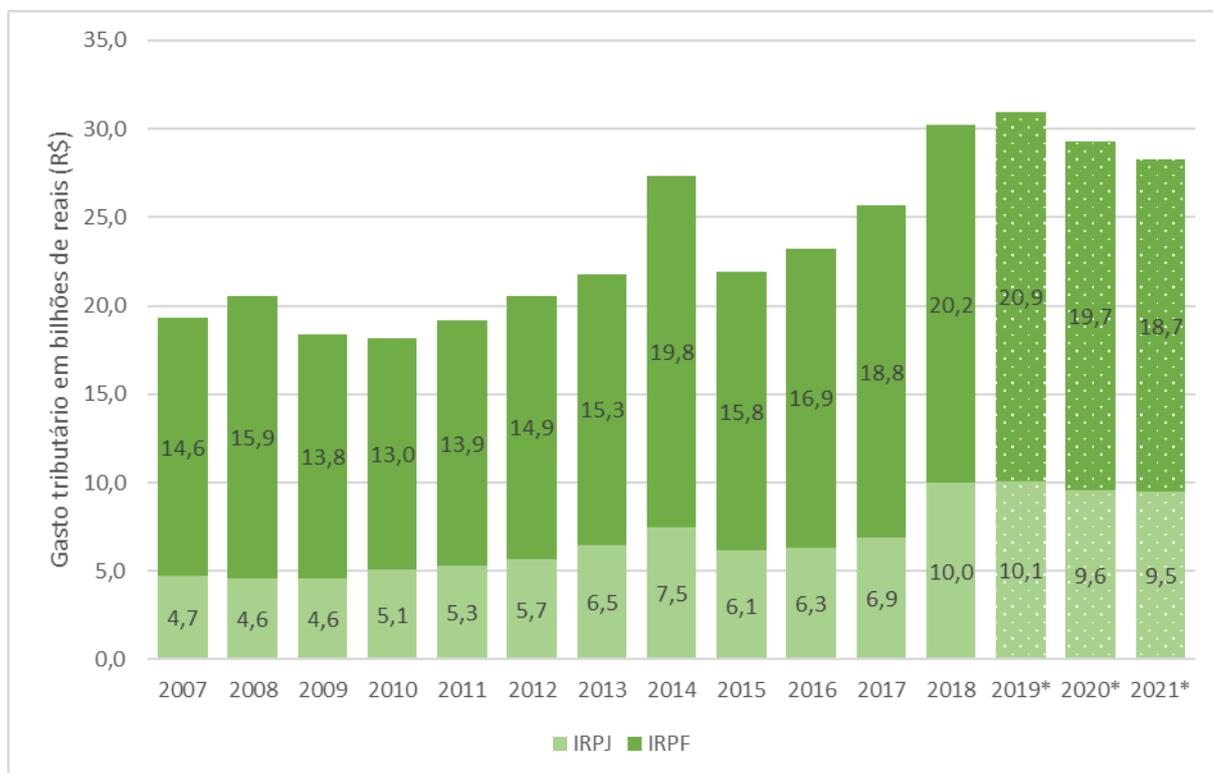
Fonte: Elaboração própria a partir das informações divulgadas pela Receita Federal (Brasil, 2022).

Os valores monetários foram deflacionados para Reais de 31 de dezembro de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2022).

\* Projeções

No que se refere aos dados analisados, o gasto tributário com despesas médicas no IRPF e assistência médica a empregados no IRPJ aumentou de 19,3 bilhões em 2007 para 28,3 em 2021. A assistência médica a empregados no IRPJ duplicou entre 2007 e 2021, passando de R\$ 4,7 bilhões para cerca de R\$ 9,5 bilhões. Em 2018 e 2019, essa modalidade de gasto tributário superou o montante de R\$ 10 bilhões em cada ano (Figura 3).

**Figura 3 – Gastos tributários federal com “Despesas Médicas”, no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF); e “Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados”, no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), no período de 2007 a 2021.**



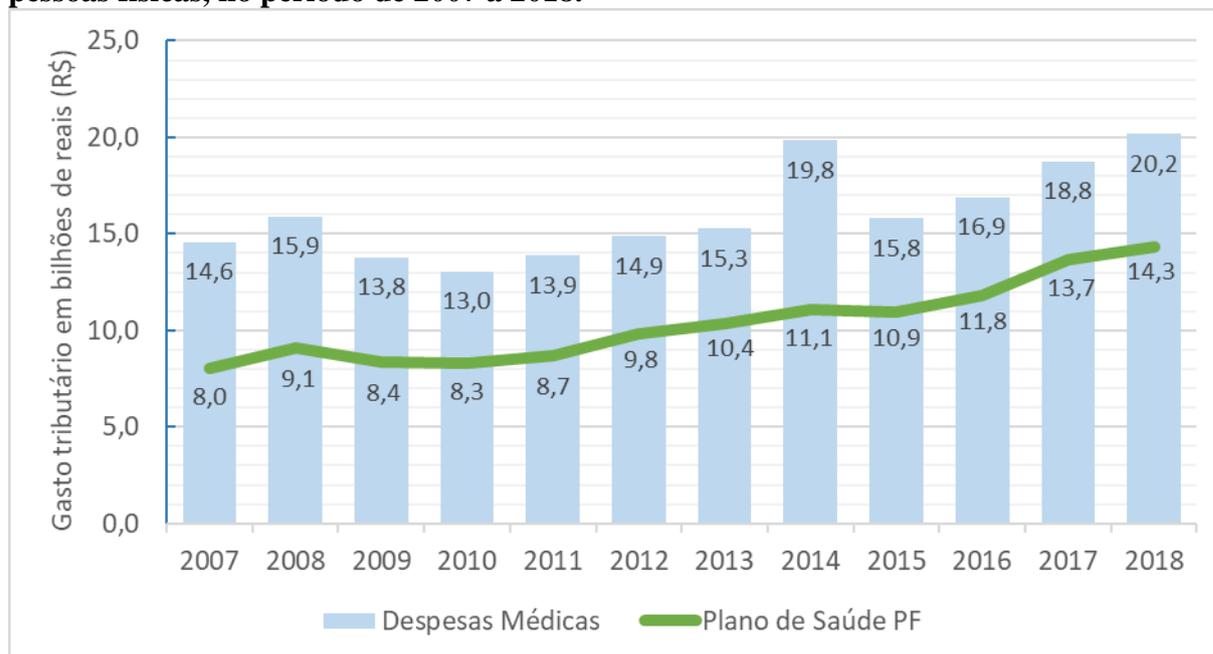
Fonte: Elaboração própria a partir das informações divulgadas pela Receita Federal (Brasil, 2022).

Os valores monetários foram deflacionados para Reais de 31 de dezembro de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2022).

\* Projeções

Entre 2007 e 2018, os gastos tributários relativos especificamente às despesas de pessoas físicas com planos de saúde cresceram 78%, tendo sido de R\$ 8 bilhões em 2007 para R\$ 14,3 bilhões em 2018. Entre 2007 e 2014, a renúncia fiscal com planos de saúde representou, em média, 60% do total de despesas médicas no IRPF. Já entre 2015 e 2018, esta proporção subiu para 70%, em média (Figura 4).

**Figura 4 – Gasto tributário federal com despesas médicas e com plano de saúde de pessoas físicas, no período de 2007 a 2018.**



Fonte: Elaboração própria a partir das informações divulgadas pela Receita Federal (Brasil, 2022) e pelo Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (2020).

Os valores monetários foram deflacionados para Reais de 31 de dezembro de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2022).

Considerando todo o período de 2007 a 2018, os gastos tributários com planos de saúde de pessoas físicas somaram mais de R\$ 124 bi, representaram mais da metade das “Despesas Médicas” no IRPF (R\$ 193 bi) e cerca de 20% do gasto tributário total com saúde (R\$ 507 bi).

Os dados apresentados no presente estudo corroboram análises que demonstram a trajetória crescente da renúncia fiscal em saúde (ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007; PIOLA *et al.*, 2010; OCKÉ-REIS, 2013, 2014, 2018; OCKÉ-REIS; FERNANDES, 2018; MENDES; WEILLER, 2015). Estudos apontam, ainda, desigualdades na concessão de isenções fiscais, as quais beneficiam contribuintes com maior nível de renda, principalmente, a parcela mais rica da população e regiões do país mais favorecidas (TESOURO NACIONAL, 2018; BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019c).

Diante do cenário em questão, evidencia-se que as isenções tributárias em saúde no Brasil, além de reduzirem a arrecadação do Estado, favorecem a expansão do setor privado de saúde ou sua permanência, independente dos ciclos econômicos. Inclusive as renúncias para empresas de planos de saúde e as deduções fiscais para os segmentos de mais alta renda pelo uso de serviços privados foram mantidas nos períodos de crise econômica, embora tenham sido adotadas medidas de ajuste fiscal por meio da EC-95, que determinou o corte de gastos públicos com saúde.

As desigualdades geradas pelo sistema tributário brasileiro não se expressam somente na saúde. Análise dos benefícios tributários totais concedidos em 2015 demonstrou que os estados mais pobres receberam menos de 1/3 da média nacional dos subsídios per capita. Tais subsídios reduzem não só a arrecadação, mas também os recursos destinados aos entes subnacionais para execução de políticas públicas, incluindo saúde e educação (BRASIL, 2019c).

Bahia (2018) considera que não há precisão sobre valores de repasses públicos para o privado, tendo em vista a não existência de registros sobre pagamento direto, assim como sobre todas as fontes de financiamento do setor privado e filantrópico. Para tanto, deve-se considerar a renúncia fiscal, as deduções tributárias com pagamento de planos de saúde, o refinanciamento de dívidas (Refis) e os créditos e empréstimos de entes governamentais.

Torna-se imprescindível dar mais transparência e rever a política de desonerações voltada para as empresas de planos de saúde, bem como as deduções fiscais no IR, tendo em vista que a concessão desses benefícios, além de não se coadunar com os aspectos desejáveis à isenção concedida pelo Estado, agravam o desfinanciamento do SUS.

### **Desconto em débitos inscritos em dívida ativa da União e em multas**

O governo federal estabelece a possibilidade de negociação de débitos inscritos em dívida ativa da União, possibilitando a concessão de desconto, entrada facilitada e prazo ampliado para pagamento para pessoas físicas e jurídicas de direito privado. Os descontos conferidos representam uma modalidade de renúncia fiscal do Governo Federal.

O Refis (Programa de Retomada Fiscal) representa uma estratégia para facilitar a regularização e renegociação de dívidas tributárias ou não tributárias de pessoas jurídicas ou físicas com a União. Foi instituído pela Lei nº 9.964, de 10 de abril de 2000 (BRASIL, 2000) e teve novas versões editadas posteriormente, como em 2009, 2014, 2017, 2018 e 2019. Em 2020, houve a ampliação da possibilidade de desconto em débitos inscritos em dívida ativa da União por meio do Refis, a fim de estimular a “retomada da atividade produtiva em razão dos efeitos da pandemia causada pelo coronavírus” (BRASIL, 2020a).

O governo federal instituiu diferentes programas de parcelamento ou refinanciamento de débitos administrados pelas autarquias e fundações públicas federais, por períodos determinados. Os Refis processados no âmbito da ANS para parcelamento ou refinanciamento de débitos de operadoras de planos de saúde, mediante legislação específica, foram (ANS, 2018):

- 2010: o artigo 65 da Lei 12.249/2010<sup>8</sup> estipulou parcelamento, em até 180 meses, dos débitos administrados pelas autarquias e fundações públicas federais e os débitos de qualquer natureza, tributários ou não tributários, com a Procuradoria-Geral Federal, tendo prazo de adesão até 31/12/2010.
- 2013: o artigo 17 da Lei 12.865/2013<sup>9</sup> reabriu o prazo até 31/12/2013 para a adesão ao parcelamento extraordinário previsto na Lei 12.249/2010.
- 2014: o artigo 2º da Lei 12.996/2014<sup>10</sup> estipulou novo prazo de adesão para o Refis previsto pela Lei 12.249/2010, até 25/08/2014. O prazo de adesão foi prorrogado novamente até 01/12/2014 pela Lei 13.043/2014<sup>11</sup>.
- 2017: A Lei nº 13.494, de 24 de outubro de 2017<sup>12</sup>, instituiu o Programa de Regularização de Débitos Não Tributários (PRD). A ANS editou a Resolução Normativa (RN) nº 425, de 19 de julho de 2017, para débitos não inscritos em dívida ativa, substituída pela RN nº 535, de 02 de maio de 2022<sup>13</sup>. Para os débitos inscritos, a Procuradoria-Geral Federal (PGF) elaborou a Portaria nº 400/2017/PGF<sup>14</sup>.

### **Desconto em multas aplicadas pela Agência Reguladora**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possui, entre suas competências legais, fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde aplicar as penalidades pelo descumprimento da normatização do setor (BRASIL, 2000). Entre as penalidades aplicadas pela ANS às operadoras está a cobrança de multas. Conceitualmente, a aplicação de multas tem entre seus propósitos desestimular o comportamento indesejado (BOBBIO, 2007).

A ANS apura infrações cometidas por operadoras de planos privados de saúde por meio de processo administrativo, sendo as condutas infrativas e os respectivos valores de multa estabelecidos em atos normativos. Em 2015, a ANS editou a Resolução Normativa (RN) nº 388, que ampliou as possibilidades de desconto nas multas aplicadas, passando a prever (ANS, 2015a):

---

<sup>8</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112249.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112249.htm)

<sup>9</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112865.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112865.htm)

<sup>10</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/L12996.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/L12996.htm)

<sup>11</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113043.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113043.htm)

<sup>12</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13494.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13494.htm)

<sup>13</sup> <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIyOQ==>

<sup>14</sup> [https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_da\\_Operadora/Compromissos\\_interacoes\\_ANS/pagamentos\\_e\\_parcelamentos/parcelamento\\_extraordinario/portaria\\_pgf\\_400\\_2017\\_dou\\_20\\_07.pdf](https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/pagamentos_e_parcelamentos/parcelamento_extraordinario/portaria_pgf_400_2017_dou_20_07.pdf)

- 40% (quarenta por cento) sobre o valor da multa no caso do pagamento antecipado e à vista, em substituição à apresentação de defesa, desde que a infração não seja de natureza potencialmente coletiva; e
- 80% (oitenta por cento) sobre o valor da multa nas demandas decorrentes de instrumento de solução de conflitos entre beneficiários e operadoras em fase pré-processual (Notificação de Intermediação Preliminar), e adote as providências necessárias à solução do conflito dentro dos prazos estabelecidos na normatização.

### **Liberação de créditos junto a instituições públicas**

As empresas de planos de saúde, assim como os serviços de saúde públicos e filantrópicos e outros ramos do setor privado de saúde, contam com recursos financeiros provenientes de bancos públicos. Dessa forma, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil possuem linhas de crédito que fomentam reformas em instituições hospitalares e a expansão de leitos SUS e não SUS, além de linhas de crédito para capital de giro ou para reestruturação financeira (SAÚDE BUSINESS, 2009; BNDES, 2021a; CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2020).

Os leitos SUS são destinados a pacientes do SUS e são ofertados por hospitais da rede pública e hospitais sem fins lucrativos (denominados filantrópicos), enquanto os leitos não SUS são disponibilizados por hospitais privados ou também por hospitais sem fins lucrativos que atendem ou não pacientes do SUS.

No período entre 2007 e 2014, o BNDES fomentou a abertura de 5,6 mil leitos SUS e cerca de 3 mil leitos privados, configurando 15% do número total de leitos privados criados no período (BNDES, 2015; BAHIA, 2018) (Quadro 1). Entre 2002 e 2014, 26% dos recursos direcionados para o setor saúde apoiaram a realização de reformas, ampliação e construção de hospitais privados (BAHIA, 2018).

Em 2015 e 2016, a instituição financiou a abertura de 1.554 leitos SUS e 439 leitos privados (BNDES, 2018). Entre 2017 e 2019, foram financiados mais 851 leitos não SUS e 31 novas salas cirúrgicas. Com isso, foi estimada a ampliação da capacidade de atendimento de internações em cerca de 84,6 mil pacientes e mais 25,9 mil cirurgias por ano na rede privada de saúde (BNDES, 2019, 2020). No período de 2017 e 2018, o BNDES financiou 31% dos novos leitos privados abertos no país (BNDES, 2019) (Quadro 1).

Segundo o BNDES, a abertura de linhas de financiamentos no setor saúde está fundamentada no princípio de que saúde, assim como educação, gera externalidades positivas para o resto da economia e é relevante para o crescimento econômico sustentável, dada a relação com a acumulação de capital humano (BNDES, 2015).

Durante a pandemia de covid-19, o BNDES lançou programas de apoio emergencial, dentre os quais três são voltados para o setor saúde. Uma linha de financiamento para ampliação de leitos emergenciais, materiais e equipamentos médicos e hospitalares, voltados para empresas ou instituições, de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestam serviços de saúde; um programa para crédito direto emergencial direcionado a empresas, cooperativas e empresários individuais inscritos no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), associações civis e fundações de direito privado, de setores da saúde, e um *matchfunding* para captação de recursos para doações superiores a R\$ 100 mil, em parceria com a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), responsável pela distribuição dos recursos adquiridos entre os hospitais do projeto (BNDES, 2021a) (Quadro 1).

Por meio dos referidos programas, até o início de julho de 2021, o BNDES financiou o total de R\$ 309 milhões para aquisição de 2,9 mil leitos, 4 milhões de testes diagnósticos e 1,7 mil equipamentos médicos; mais de R\$ 100 milhões provenientes da campanha de arrecadação para financiar equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos hospitalares, além de empréstimos que totalizaram R\$ 492 milhões em capital de giro, via crédito direto, para hospitais e empresas de diagnóstico em saúde (BNDES, 2021a) (Quadro 1).

**Quadro 1 – Empréstimos concedidos pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social a entidades públicas e privadas de saúde, no período anterior e durante a pandemia de covid-19.**

<b>Período</b>	<b>Recursos para o SUS</b>	<b>Recursos para o setor privado de saúde</b>	<b>Valor total dos empréstimos (R\$)</b>
2007 a 2014	Abertura de 5,6 mil leitos SUS	Abertura de 3 mil leitos privados, configurando 15% do número total de leitos privados criados no período	-
2015 e 2016	Abertura de 1.554 leitos SUS	Abertura de 439 leitos privados	-
2017 a 2019	-	Abertura de 851 leitos privados e 31 novas salas cirúrgicas	-
2020 a jul/2021	-	Aquisição de 2,9 mil leitos, 4 milhões de testes diagnósticos e 1,7 mil equipamentos médicos  Financiamento de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos hospitalares  Empréstimos em capital de giro, via crédito direto	R\$ 309 milhões  Mais de R\$ 100 milhões provenientes da campanha de arrecadação  R\$ 492 milhões

Fontes: Elaboração própria a partir de informações divulgadas pelo BNDES (BNDES 2015, 2018, 2019, 2020, 2021a).

Observação: Os campos não preenchidos dizem respeito a informações não encontradas nas fontes consultadas.

Quanto à Caixa Econômica, no primeiro ano da pandemia, a redução da taxa de juros em 71% na linha de crédito beneficiou 292 entidades de saúde conveniadas ao SUS entre Santas Casas e Hospitais Filantrópicos. Vale ressaltar que o valor envolvido nos empréstimos não consta no relatório integrado divulgado pela instituição bancária (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2020). Em 2021, novas medidas foram lançadas incluindo a redução da taxa de juros em 42% e a possibilidade de pausa no pagamento das parcelas. A linha de crédito destinada a instituições privadas que prestaram serviços ao SUS beneficiava 290 entidades, totalizando o valor de R\$ 3,4 bilhões em empréstimos, o que representava cerca de 35% das dívidas dessas instituições no mercado financeiro (MÁXIMO, 2021) (Quadro 2).

**Quadro 2 – Benefícios concedidos pela Caixa Econômica Federal a entidades privadas de saúde conveniadas ao SUS, entre Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, em 2020 e 2021, durante a pandemia de covid-19.**

<b>Período</b>	<b>Benefícios para entidades privadas de saúde conveniadas ao SUS entre Santas Casas e Hospitais Filantrópicos</b>	<b>Número de entidades beneficiadas</b>	<b>Valor total dos empréstimos</b>
2020	Redução da taxa de juros em 71% na linha de crédito	292	-
2021	Redução da taxa de juros em 42% e a possibilidade de pausa no pagamento das parcelas	290	R\$ 3,4 bilhões Esse valor representava cerca de 35% das dívidas dessas instituições no mercado financeiro

Fontes: Elaboração própria a partir de informações divulgadas pela CEF (2020) e por Máximo (2021).

Observação: O campo não preenchido diz respeito à informação não encontrada nas fontes consultadas.

Alguns aspectos merecem destaque quando se trata de financiamento público para empresas privadas. O primeiro é fazer um contraponto relacionado à insuficiência do número de leitos públicos no Brasil e a desigualdade na distribuição de leitos públicos e privados, fatores que foram terrivelmente agravados quando a pandemia de covid-19 se abateu sobre o país. Outra questão é avaliar se o financiamento para a construção de hospitais privados ocorre em localidades nas quais inexitem serviços privados para internação e atendimento de urgência, embora possuam clientes de planos de saúde.

Nesse sentido, resta verificar se a abertura de crédito respeita critérios epidemiológicos de acordo com as necessidades de saúde da população e ocorrem em localidades nas quais existem os chamados vazios assistenciais para internação e urgência, a fim de preencher lacunas relacionadas ao acesso a serviços de saúde, ou se ocorre somente nos grandes centros favoráveis à acumulação do capital privado.

### **Patrocínio parcial de planos privados para servidores públicos**

As instituições públicas podem contratar planos privados para os seus servidores ou o governo pode custear uma parte do valor pago pelo servidor ao seu plano, a título de reembolso parcial das despesas com o pagamento da mensalidade do plano de saúde (BRASIL, 2017a), incentivando a contratação de planos privados por servidores públicos e seus dependentes.

No caso de custeio de parte do valor, os valores são calculados conforme a faixa de renda e idade do servidor e variam de R\$ 101,56 a R\$ 205,63 reais per capita, incluindo cada servidor e dependentes (BRASIL, 2016b). Estima-se que o Ministério da Economia desembolse por mês cerca de R\$ 130 milhões com o benefício (AUGUSTO, 2019). Cabe destacar que os valores pagos ao plano de saúde e não ressarcidos pelo erário podem ser abatidos no imposto de renda, ou seja, os servidores são duplamente incentivados a adquirirem planos privados de saúde.

Além desta modalidade de indenização aos servidores, a portaria que traz essa normatização contempla a assistência aos servidores na modalidade de autogestão, a contratação de operadoras pelos órgãos públicos por meio de licitações, bem como o serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade pública (BRASIL, 2017a).

O gasto público para financiar planos de saúde aos servidores é ainda maior quando se considera o dispêndio com servidores dos Poderes Legislativo e Judiciário, além dos gastos com servidores de estados e municípios.

Segundo valores noticiados pela mídia, em 2021 o gasto com plano de saúde configurou a despesa administrativa mais elevada da Câmara dos Deputados, qual seja R\$ 363,7 milhões (BONIN, 2022). Apesar de possuírem atendimento médico com tomógrafo e UTI móvel à disposição nas dependências do próprio órgão e o plano de saúde, os parlamentares ainda podem ser reembolsados por atendimentos particulares realizados. Entre janeiro de 2019 a março de 2021, os reembolsos solicitados por 330 deputados dentre os 513 totalizaram R\$ 15,7 milhões. Ou seja, o gasto com reembolso para 2/3 dos deputados foi, em média, de R\$ 581 mil mensais no período em questão ou R\$ 1.762 mensal per capita (SOBRINHO, 2022). Cabe ressaltar que, a partir de março 2021, o limite para reembolso automático, sem a necessidade de solicitar avaliação à mesa diretora, passou de R\$ 50.000 para R\$ 135.400. O aumento do limite em 170,8% foi justificado pela defasagem monetária de um valor fixado em 2015. Para tanto, o percentual foi calculado com base na Variação de Custo

Médico-Hospitalar (VCMH) que demonstra a inflação médica. Caso o IPCA tivesse sido aplicado, a correção seria de 36,4% e o limite passaria de R\$ 50.000 para R\$ 68.000.

Chama atenção o fato de o índice que demonstra a inflação médica ter sido escolhido para corrigir a defasagem monetária de 6 anos para reembolso dos gastos particulares com saúde de parlamentares, enquanto a EC 95/2016 estabeleceu o IPCA como índice a ser aplicado na correção monetária do orçamento da saúde para todo o SUS, durante 20 anos. Acrescenta-se, ainda, que o VCMH não é calculado por órgão oficial do governo, e sim por uma organização sem fins lucrativos financiada com recursos de empresas de planos de saúde.

No Senado Federal a situação se repete. Em 2020, os gastos públicos para reembolso de senadores e ex-senadores alcançaram R\$ 14,9 milhões, batendo recorde no primeiro ano da pandemia (CASTRO, 2021).

O Tribunal de Justiça de São Paulo, o maior do país, por exemplo, em portaria publicada no início de 2022, aumentou a margem de reembolso do auxílio-saúde concedido a magistrados e servidores de 3% para até 10% do valor dos subsídios (MOTTA, 2022), limite máximo autorizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2019a). O reembolso mensal para magistrados vai passar de R\$ 1 mil para até R\$ 3.500, enquanto para os servidores o limite aumentou de R\$ 336 para R\$ 370. Com esse aumento, estima-se que o gasto mensal alcance até 7,7 milhões por mês para desembargadores e juízes e R\$ 23,6 milhões para reembolso de servidores, totalizando R\$ 31,4 milhões mensais (MOTTA, 2022).

### **(Não) Ressarcimento de empresas de planos de saúde ao SUS e comercialização de planos em locais que apresentam vazios assistenciais**

A utilização do SUS por consumidores de planos de saúde para realização de serviços contemplados no rol de cobertura da ANS gera o instituto do ressarcimento ao SUS, previsto na lei que rege os planos de saúde e aplicado desde que não haja exclusão contratual legalmente permitida como, por exemplo, cumprimento dos prazos de carência (BRASIL, 1998a).

A partir de abril de 2012, iniciou-se a cobrança dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade lançados nas Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC). Anteriormente, a ANS cobrava somente as internações hospitalares registradas nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) (ANS, 2022a).

Segundo dados levantados no âmbito do presente estudo a partir de informações divulgadas pela ANS (2021d), desde o início da cobrança do ressarcimento ao SUS, em 01 de

janeiro de 2001, até 31 de dezembro de 2021, foram identificados cerca de 6,1 milhões de atendimentos no SUS por consumidores de planos de saúde, o que gerou o valor de mais de R\$ 9 bilhões em cobranças a empresas de planos privados.

No período de julho de 2019 a junho de 2020, os motivos mais frequentes para internação de clientes de planos de saúde no SUS foram parto cesariano, parto normal, tratamento de pneumonias ou influenza (gripe), tratamento de intercorrências clínicas na gravidez e tratamento com cirurgias múltiplas; enquanto os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade mais realizados no SUS foram hemodiálise, acompanhamento de paciente pós-transplante e hormonioterapia do carcinoma e adenocarcinoma (ANS, 2020a).

Historicamente, os procedimentos de hemodiálise são majoritariamente financiados com recursos do sistema público de saúde. Corroboram para este fato os valores de remuneração do SUS e os mecanismos de regulação impostos pelas operadoras para a autorização e pagamento destes tipos de procedimentos (LIMA *et al.*, 2014). No que se refere aos partos, alguns dos fatores que influenciam os resultados são a realização de partos de urgência. Outro fator é a existência de beneficiárias de planos de saúde que procuram o SUS para a realização do parto, considerando as maiores probabilidade de parto normal do que na rede privada suplementar, em que aproximadamente 85% dos partos ocorrem mediante cirurgia cesárea.

Dentre os mais de R\$ 7,8 bilhões cobrados pela ANS entre 2006 e 2021, 56,4% foram efetivamente pagos pelas respectivas empresas de planos de saúde e 12,8% desse valor estavam em parcelamento. Os valores do ressarcimento ao SUS aumentaram 380% a partir da crise econômica que teve início em 2014 em comparação ao ano de 2021, totalizando, neste ano, o montante de R\$ 3,85 bilhões devidos pelas empresas de planos de saúde ao Fundo Nacional de Saúde (ANS, 2021d).

As duas empresas envolvidas na maior operação de fusão ocorrida em 2021 no mercado privado de saúde em meio à pandemia de covid-19 (FORBES, 2021) figuravam entre as três empresas de planos de saúde cujos clientes mais realizaram procedimentos no SUS. Juntas, as duas empresas deviam, até dezembro do referido ano, mais de R\$ 900 milhões de reais ao FNS (ANS, 2021d). Tal fato demonstra que as dívidas com o SUS não são critérios considerados pelo CADE para autorizar fusões e aquisições.

Pesquisa realizada pela ANS demonstrou a ausência de serviços de saúde privados, quais sejam: médico clínico, serviço de apoio à diagnose e terapia (SADT), internação e urgência, em diversos municípios do país que possuem clientes de planos de saúde. Inclusive, foi identificado que 46% dos municípios não possuíam nenhum dos serviços estudados

disponíveis na rede privada. A análise demonstrou ainda a falta de homogeneidade na distribuição dos prestadores no território nacional. Cerca de 65% dos municípios das regiões Norte e Nordeste não possuíam nenhum dos quatro serviços referidos, enquanto nas regiões Sul e Sudeste esses percentuais foram de 29% e 37%, respectivamente, o que demonstra a maior dificuldade para compor a rede assistencial dos planos privados naquelas regiões (ANS, 2015b).

O ressarcimento ao SUS ocorreu tanto em locais de vazios assistenciais, onde não havia estabelecimento privado para internação, quanto em localidades que possuíam serviço de internação, sugerindo que outros fatores como: não contratação de prestador privado pela operadora, barreiras de acesso aos serviços ou a existência de prestadores de excelência do SUS, interferem na utilização dos serviços públicos de saúde por clientes de planos privados (ANS, 2015b).

Tanto o não ressarcimento ao SUS quanto a comercialização de planos em locais que apresentam vazios assistenciais constituem formas de aproveitamento dos recursos públicos que favorecem a preservação e o aumento dos lucros pelos planos de saúde.

## ESTRATÉGIAS NORMATIVAS

### **Projeto de Lei que altera o marco regulatório do setor privado de saúde**

No que concerne ao Legislativo, tramita no Senado Federal o Projeto de Lei (PL) nº 7419/2006, para alterar a Lei nº 9.656/1998 que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde. A matéria passou por análise de comissão especial da Câmara dos Deputados, que promoveu doze audiências públicas, no período de dezembro de 2016 a agosto de 2017, com a participação da ANS, de representantes das empresas de planos de saúde, entidades representativas de hospitais privados, órgãos de defesa do consumidor, conselhos profissionais, Poder Judiciário, Conselho Nacional de Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva e pesquisadores (BRASIL, 1998a, 2017b).

Dentre os assuntos abordados no PL, que tramitava em caráter de urgência, e nos 151 projetos que tramitavam apensados à época, pode-se destacar (BRASIL, 2017b):

- Autorizar a venda de planos “populares” ou “acessíveis”;
- Acabar com o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), aplicado toda vez que um cliente de plano de saúde é atendido na rede pública;

- Liberar o reajuste dos planos individuais, que hoje obedece a teto anual estabelecido pela Agência Reguladora; e
- Transformar em “máximo” o rol mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

A representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) apontou que a alteração na referida lei deveria resolver os principais problemas enfrentados pelo consumidor, como a negativa de cobertura, a demora para autorizações prévias, o descredenciamento de profissionais e estabelecimentos da rede dos planos de saúde durante a vigência dos contratos e a falta de isonomia na regulação dos contratos individuais e coletivos, os quais possuem regras distintas sobre reajuste e possibilidade de rescisão unilateral, além da escassez da oferta de planos individuais (HAJE, 2017). Outras questões apontadas nas audiências foram barreiras de acesso a idosos e doentes crônicos e também os planos falsos-coletivos, que são planos de adesão nos quais o corretor indica que o consumidor entre numa associação de categoria profissional da qual não faz parte (ABRASCO, 2018a; IDEC, 2017a).

De acordo com o manifesto “CÂMARA DOS DEPUTADOS PODE APROVAR A TOQUE DE CAIXA NOVA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE”, datado de 27/06/2017, do qual várias entidades representativas dos usuários, consumidores, gestores do SUS e pesquisadores são signatárias, a “tramitação atende ao interesse das operadoras e pretende impedir a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos” (IDEC, 2017a).

A proposta de novo marco legal para os planos de saúde previa diversas alterações na legislação em vigor, como fixar multas mais brandas para as operadoras; parcelar em cinco vezes do reajuste aplicado hoje a beneficiários que completam 59 anos de idade; e reduzir as garantias patrimoniais exigidas das empresas do setor. Entre as mudanças que trariam benefícios para os consumidores estão: o direito à reparação de atos cirúrgicos realizados pelo plano de saúde, quando a reparação não for obrigação do médico; a inscrição de filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os períodos de carência já cumpridos; o direito a acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 anos, pessoas idosas, parturientes e pessoas com deficiência; e a possibilidade de migrar para plano de outra operadora sem necessidade de cumprir carência (BRASIL, 2017b, 2017c). A reunião para discussão do parecer foi cancelada e não mais agendada devido à falta de consenso sobre as matérias debatidas e à mobilização de entidades da saúde e de defesa do consumidor (BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2019; BRASIL, 2017c). Até a data da última consulta ao sítio eletrônico da Câmara dos Deputados (14/04/2021), o PL continuava em tramitação e

possuía 238 projetos de lei apensados no total por se tratar de matéria afim, sugerindo uma intensa atividade legislativa acerca dos planos de saúde (BRASIL, 2021b).

Estudo que analisou os projetos de alteração da lei que rege os planos de saúde, apresentados entre 2010 e 2018, constatou 133 projetos na Câmara dos Deputados e 17 no Senado Federal, sendo a maior parte das propostas voltada à garantia de direitos para os usuários, principalmente por meio da ampliação de cobertura e controle de preços (CARVALHO, 2019).

No entanto, em 2019, as empresas e entidades representativas do segmento privado, fortemente articuladas no legislativo, apresentaram uma nova proposta na forma de Projeto de Lei, sem prévio debate democrático, contendo 89 artigos voltados à desregulamentação de direitos conquistados pela lei de planos de saúde, como redução de coberturas e atendimentos, liberação de reajustes, fim do ressarcimento ao SUS, redução de multas, maior controle a prestadores de serviços e enfraquecimento da ANS (BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2019; CARVALHO, 2019). Embora a proposta não tenha sido debatida oficialmente no Parlamento, constata-se a continuidade das investidas dos planos de saúde na tentativa de emplacar propostas a fim de promover a expansão e diversificação do mercado, como exemplo dos planos populares, tema que será discutido em outro tópico deste artigo.

É importante recordar que a própria lei dos planos de saúde em 1998 suscitou descontentamentos e debates. As diversas alterações em seu texto, por meio de 44 medidas provisórias, sendo a primeira no dia seguinte a sua publicação, demonstram o jogo de forças e interesses envolvidos na sua edição. Posteriormente, houve novas mudanças normativas visando à ampliação de coberturas e garantia de direitos aos consumidores de planos de saúde. O aumento do número de projetos de lei que acentuam ou propõem novas garantias assistenciais demonstra a importância de ampliar essa discussão junto à sociedade civil, a fim de solucionar as lacunas na regulação do setor privado de saúde.

### **Planos coletivos por adesão e falsos coletivos**

De acordo com a regulamentação da ANS, para um plano ser considerado coletivo, a contratação deve ocorrer por intermédio de uma pessoa jurídica, que pode ser associação, órgão de classe ou sindicato (no caso dos planos coletivos por adesão) ou por uma empresa (no caso dos planos coletivos empresariais) (ANS, 2009a, 2013). Da mesma forma, é permitida a comercialização de plano de saúde coletivo empresarial para um indivíduo que possui Microempresa Individual (MEI) (ANS, 2017b). No entanto, há relatos de vínculos

estabelecidos com pessoas jurídicas única e exclusivamente para cumprir a exigência da ANS no que se refere ao enquadramento como plano coletivo, sem que exista de fato um vínculo representativo entre a pessoa jurídica e as pessoas físicas a ela ligadas (ABRASCO, 2018a).

Nos últimos anos tem se observado a intensificação da “falsa coletivização” de planos privados de saúde. Tal fenômeno não ocorre por acaso. A ANS possui menor alcance regulatório nos planos coletivos do que nos planos individuais e familiares. Enquanto estes planos têm o reajuste das mensalidades regulado pela referida Agência, que estabelece anualmente um percentual máximo de reajuste para estes tipos de contratos, os reajustes dos planos coletivos não possuem teto estabelecido, sendo apenas monitorados. Além disso, diferentemente do que ocorre nos planos individuais e familiares, nos planos coletivos a rescisão contratual pode ser unilateral.

Desse modo, interessa às empresas a comercialização de contratos de planos coletivos, que representam cerca de 80% do total de vínculos de consumidores do setor suplementar de saúde (ANS, 2021f).

Para a Agência Reguladora, são considerados “falsos coletivos os contratos coletivos por adesão compostos por indivíduos sem nenhum vínculo representativo com a entidade contratante do plano de saúde” (ANS, 2009a, 2013). Além disso, a “falsa coletivização” de planos de saúde descreve “aqueles planos de saúde que possuem natureza de contrato individual, mas que se utilizam de pessoas jurídicas para dar-lhes uma roupagem de plano coletivo – e, com isso, permanecem mantidos à margem de toda a rigidez regulatória da ANS que se aplica aos planos individuais”. Ainda segundo o órgão regulador, a “falsa coletivização” trata-se de “um movimento oportunista, carreado por diversos agentes do mercado, que vislumbraram uma lacuna da regulação que poderia permitir a contratação simulada de contratos coletivos no lugar de planos individuais” (ANS, 2016a, on-line).

Segundo o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), o termo “falso coletivo” se refere aos contratos firmados como sendo de contratação coletiva, mas que, na verdade, possuem características de uma contratação individual ou familiar (IDEC, 2017b). Ainda que sob a perspectiva normativa a existência de contratos coletivos com número reduzido de pessoas seja considerada regular, bastando apresentação de CNPJ, entidades de defesa do consumidor identificam os planos com menos de 30 pessoas como mais uma estratégia de “falsa coletivização”, posto que desvirtua o sentido da regulamentação dos planos coletivos, baseada na compreensão de que contratos estabelecidos coletivamente, por meio de pessoas jurídicas, proporcionariam uma maior capacidade de negociação junto às empresas (IDEC, 2017b; ABRASCO, 2018a).

Entre 2014 e 2020, o número de consumidores em planos adquiridos por indivíduos, famílias ou grupos de menos de 30 pessoas aumentou de 3,3 para 5,44 milhões de pessoas, o que corresponde a 11,7% dos consumidores de planos de saúde. A quantidade média de clientes por contrato é pequena e diminuiu de 6,20 para 4,65 no mesmo período. Apesar da expansão dos planos “falsos coletivos”, o número de consumidores em planos coletivos com mais de 30 pessoas e de planos individuais sofreu redução. Supõe-se que tenha ocorrido migração destes consumidores para planos coletivos por adesão (GEPS, 2021).

Seguindo a tendência de coletivização dos planos, a comercialização de planos individuais e familiares diminuiu drasticamente. Algumas empresas deixaram de oferecer esse tipo de contrato ou os oferecem a preços exorbitantes, dificultando ou mesmo inviabilizando a sua efetiva contratação (ABRASCO, 2018a).

De acordo com Leal (2014), no período pós-regulação do setor suplementar, uma das estratégias que as empresas de planos de saúde adotaram para reduzir o risco das carteiras foi ampliar a comercialização de planos coletivos e também odontológicos, regulados de forma menos intensa, o que acarretou aumento das receitas financeiras e estabilidade das receitas de mensalidades.

Na prática, os planos falsos coletivos são planos individuais que operam sem as garantias dos planos individuais para as pessoas e famílias que os adquirem. Por isso, as empresas visam esse nicho de mercado e criam barreiras para a venda de planos individuais ou simplesmente deixam de comercializar. Coibir a venda de planos coletivos a indivíduos e famílias seria a melhor forma de impulsionar a venda de planos individuais, pois simplesmente determinar que todas as empresas de planos de saúde comercializem planos individuais fará com que estes planos sejam oferecidos a preços impagáveis, dificultando sua aquisição pelos consumidores, que continuarão à mercê dos planos falsos coletivos sem reajuste controlado pela Agência Reguladora e possibilidade de rescisão contratual quando apresenta alta sinistralidade.

No esteio dessas estratégias, observa-se a ascensão das administradoras de benefícios, que constituem uma modalidade peculiar de empresa de plano de saúde por intermediarem a relação entre a pessoa jurídica contratante e a empresa de plano de saúde, podendo assumir tarefas como a emissão de boletos, a negociação dos reajustes de mensalidade com a operadora do plano e, dependendo do que for contratado, absorver o risco da empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante quanto ao atraso ou não-pagamento de mensalidades (ANS, 2021f).

Embora a contratação do plano coletivo por meio de uma administradora de benefícios seja opcional, o elevado percentual de planos coletivos existentes proporciona um contexto altamente favorável à atuação dessas empresas que mantiveram seus lucros em alta nas fases de crise econômica, inclusive durante a pandemia de covid-19 (VALOR ECONÔMICO, 2016; FORBES, 2020).

### **Proposta para alteração da norma sobre franquia e coparticipação**

A aplicação de franquia e coparticipação quando da utilização de serviços privados de saúde é amplamente praticada em contratos de planos de saúde desde a regulamentação do setor (BRASIL, 1998b).

Em junho de 2018, a ANS publicou normativo com novas regras para aplicação desses mecanismos financeiros de regulação. À época, mais de 50% dos clientes de planos de saúde estavam vinculados aos planos com coparticipação ou franquia (ANS, 2018a, 2018b). A previsão para o normativo entrar em vigor seria dezembro. No entanto, diante das manifestações contrárias provindas da sociedade civil por conta do impacto das alterações, o órgão regulador revogou a Resolução Normativa após suspensão da norma pelo Supremo Tribunal Federal (STF) (TOLEDO, 2018).

A coparticipação é o valor pago pelo consumidor ao plano para realização de um procedimento ou evento em saúde, conceito que permaneceria inalterado. No entanto, a resolução estabeleceria o limite de até 40% de coparticipação dos consumidores nas despesas médicas e hospitalares. Já a franquia, de acordo com o novo normativo, mudaria o conceito usualmente adotado pela saúde suplementar para representar o valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não teria responsabilidade de cobertura (ANS, 2018a, 2018b), nos mesmos moldes de franquia aplicada para seguro de carros.

Fato que corroborou para a suspensão do normativo pelo STF foi a nota de repúdio às medidas anunciadas pela ANS, assinada por 18 entidades. Segundo a nota, as novas regras poderiam trazer “surpresas impagáveis”, tendo em vista a ampliação do limite de coparticipação para 40%, podendo chegar a 60% em contratos coletivos, bem como a estipulação de limites de pagamento de coparticipação e franquia que podem chegar a mais que o dobro da mensalidade. Como consequências dessas regras, a nota refere o endividamento da população, a postergação de tratamentos e o aumento da busca pelo SUS pelos clientes de planos de saúde. As entidades referiram, ainda, que as novas regras implicariam em inibição pela procura de serviços de urgências e emergências por permitir a

cobrança em pronto-atendimento e cercearia o direito de escolha pelo consumidor, na medida em que as operadoras poderiam indicar em qual estabelecimento ocorreria a isenção, no caso de procedimentos nos quais não seria cobrada franquia e coparticipação (ABRASCO, 2018b).

Como pontos positivos para o consumidor, o normativo previa isenção de cobrança de coparticipação e franquia em diversos procedimentos e eventos em saúde, como consultas com médico generalista, exames preventivos e de pré-natal e tratamentos crônicos.

Além do PL para alteração da Lei nº 9.656/98 e da tentativa de alteração nas regras para aplicação de franquia e coparticipação, outras estratégias abordadas neste artigo envolveram alterações normativas para sua efetivação. No entanto, optou-se por enquadrá-las em outras estratégias que melhor traduzem os objetivos pretendidos com as respectivas alterações.

### **Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 (PNSS)**

Em meio à maior crise sanitária mundial, tendo o Brasil alcançado o terrível desempenho durante a pandemia de covid-19, o governo federal divulgou, no segundo ano da pandemia, uma consulta pública sobre a denominada “Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19”.

A proposta, travestida sob a justificativa de “integrar o sistema de Saúde Suplementar com as ações do Sistema Único de Saúde - SUS relacionadas à pandemia da COVID-19” (BRASIL, 2021c), esconde em seu bojo ações que favorecerão o mercado privado de saúde. Além de considerar o setor suplementar como um sistema, o que não condiz com a realidade de um setor que atende a uma parcela da população brasileira e que é extremamente heterogêneo do ponto de vista geográfico; não apresenta ações claras quanto à participação do setor suplementar para enfrentamento da pandemia em parceria com o SUS. Um exemplo que merece ser destacado é que o documento não menciona a integração entre leitos públicos e privados para atendimento igualitário à população visto que, em diversos pontos do país, ocorreu a formação de filas à espera de leitos de UTI públicos enquanto havia leitos ociosos na rede privada, conforme apontado por Costa e colaboradores (2020).

As ações propostas são voltadas para a previsibilidade para aplicação de reajustes, frente ao pleito para não reajuste dos planos de saúde durante a pandemia; possibilidade de estabelecer ações que visem desestimular o atendimento aos beneficiários; emplacar a antiga proposta de planos com coberturas distintas e reduzidas; flexibilizar as garantias financeiras e

os prazos de atendimento atualmente estabelecidos pela ANS; e enfraquecer o papel desta Agência Reguladora ao denominar o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), recentemente reconstituído, como instância superior, quando na verdade a ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2021c).

A PNSS apresentada desvia o foco sobre a real necessidade de traçar estratégias de combate à pandemia no país – para a qual até o presente momento não foi apresentada nenhuma proposta governamental –, ao priorizar táticas que impulsionam o crescimento do mercado privado ao invés de fortalecer a rede pública de saúde e viabilizar o atendimento equânime a toda população.

## ESTRATÉGIAS PARA PRESERVAÇÃO DO MERCADO TRADICIONAL/ HABITUAL

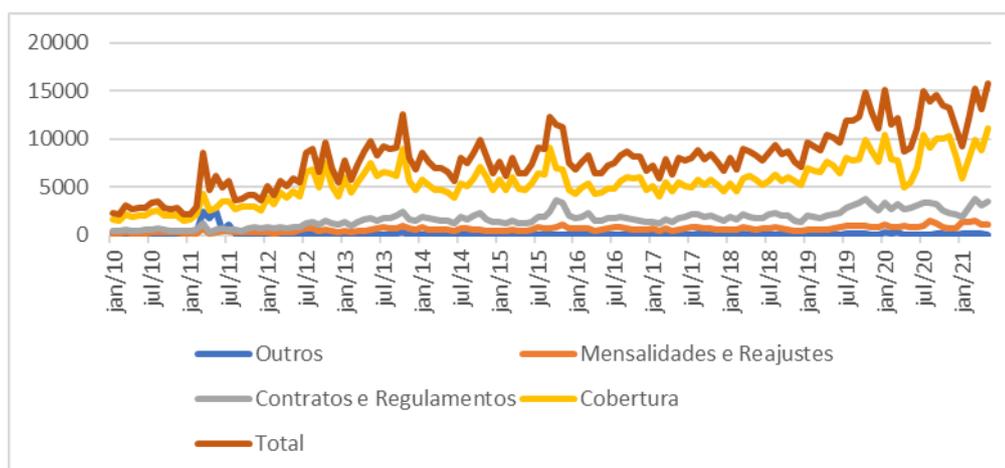
### **Negativas de cobertura**

A fim de verificar o comportamento das empresas de planos de saúde perante as demandas dos seus consumidores, foi realizado o levantamento das reclamações de consumidores junto ao órgão regulador, no período de janeiro de 2010 a maio de 2021 (ANS, 2021a) (Figura 4).

Nota-se que o tem cobertura assistencial move a maior parte das reclamações dos consumidores, sendo importante destacar que é improcedente a negativa para procedimentos de cobertura obrigatória constantes no Rol de Procedimentos da ANS (Figura 4).

Chama atenção os picos de aumento do número de reclamações no período de crise econômica compreendido entre 2014 e 2016, além do aumento expressivo das demandas dos consumidores a partir do início da pandemia de covid-19, com tendência crescente em 2021. Este aumento das reclamações durante a pandemia também foi verificado quanto aos temas contratos/regulamentos e reajustes/mensalidades (Figura 4).

Tais resultados demonstram que as negativas de cobertura são instrumentos utilizados pelas empresas de planos de saúde para contenção/ redução de custos administrativos e assistenciais.

**Figura 4 – Levantamento das Reclamações de Consumidores.**

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados divulgados pela ANS (2021a).

Uma das consequências da negativa de cobertura é a judicialização. Configurando-se como um importante espaço de reivindicação do direito à saúde no Brasil, o Poder Judiciário se depara com o aumento de processos judiciais, tanto de usuários do SUS quanto de consumidores de planos de saúde. De acordo com dados do Conselho Nacional de Justiça, ao menos 1.346.931 processos com o tema saúde tramitaram no Judiciário em 2016 (CNJ, 2018), enquanto no ano de 2017 foram identificados mais de 1,5 milhão de processos (MUNIZ, 2017). Entre 2008 e 2018, houve aumento de 130% nas demandas judiciais pleiteando direito à saúde, sendo a maior parte (51,5%) relativa a planos e seguros de saúde (CNJ, 2019b).

Pesquisas corroboram os dados de que a judicialização dos planos é consideravelmente maior do que as demandas contra o SUS. Segundo pesquisa realizada pelo Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar (2018), entre 2011 e 2017, o TJ/SP julgou 70.772 ações envolvendo planos de saúde e 53.553 decisões relacionadas ao SUS. No primeiro semestre de 2018, foram julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP) um total de 16.055 ações contra planos de saúde, um crescimento de 386% em relação ao primeiro semestre de 2011, no qual foram julgadas 3.300 ações. Esse aumento representa um recorde histórico, configurando a média de 127 decisões por dia no TJ/SP, a despeito da redução do número de consumidores de planos de saúde frente ao cenário de crise econômica e desemprego (OBSERVATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018).

Para os autores do estudo, o aumento do volume de processos não reflete a totalidade de problemas enfrentados pelos consumidores. Além disso, muitos consumidores que enfrentam problemas com as operadoras de planos de saúde não procuram a Justiça por não

poderem pagar advogados, ou acabam arcando com o reajuste abusivo ou abandonam o plano e buscam o SUS ou, ainda, optam pelo pagamento particular (OBSERVATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018).

Estudos realizados em diferentes períodos de análise demonstram que as principais motivações para as ações judiciais envolvendo consumidores e planos de saúde são: exclusão de cobertura; valor da mensalidade para idosos e manutenção do aposentado no contrato coletivo; reajustes anuais e por mudança de faixa etária; e rescisão unilateral do contrato. Faz-se mister ressaltar que em todos os períodos analisados pelos estudos em questão, a grande maioria das decisões foi favorável aos consumidores de planos de saúde (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009; REIS; QUARESMA, 2017; OBSERVATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018; TRETTEL; KOZAN; SCHEFFER, 2018).

Estas informações demonstram a magnitude da judicialização na saúde suplementar em comparação com o SUS, principalmente quando se leva em consideração as respectivas populações abrangidas, além da necessidade de resolver lacunas regulatórias que carecem de melhor definição.

### **Glosas a prestadores de serviços**

Além da negativa de cobertura, as empresas se valem de mecanismos como glosas, baixos reajustes e atraso nos repasses para prestadores de serviços (ANS, 2017a, 2018c) como forma de contingenciar despesas e manter ou aumentar receitas.

Dados disponíveis extraídos a partir do Padrão TISS (Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar), demonstram que entre 2015 e 2016, ocorreu aumento da quantidade de procedimentos glosados de 5,8% a 7,1% (ANS, 2017a).

Em 2019, cerca de 5% dos procedimentos realizados por prestadores de serviço foram glosados. As operadoras de planos de saúde com maiores percentuais de glosa são das modalidades de autogestão, odontologia de grupo, seguradora e medicina de grupo (ANS, 2021e).

Nota-se que o aumento das glosas ocorreu justamente no período de agravamento da crise econômica, o que ratifica a utilização deste mecanismo pelas empresas a fim de conter custos.

## ESTRATÉGIAS PARA ALAVANCAGEM DO MERCADO

### **Formação de oligopólios: fusões e aquisições de empresas como estratégia de mercado**

A fusão e aquisição de empresas, procedimentos tradicionais que ocorriam como movimentos das empresas para angariar maior fatia de mercado ou para absorver clientes de uma empresa em processo de “falência”, com acompanhamento do processo feito pela Agência Reguladora, tem recebido novo status com a realização de grandes operações envolvendo valores exorbitantes.

Esse movimento também ocorre de forma intensa com a aquisição de hospitais privados e laboratórios por grandes grupos empresariais da saúde, bem como a fusões que ampliam o mercado das grandes corporações. As operações são as mais diversas, envolvendo a compra de hospitais por empresas de planos de saúde, de clínicas, laboratórios e rede de hospitais por grandes laboratórios, e aquisições e fusões entre administradoras de benefícios (COSTA, 2021), empresas cuja atuação se restringe a intermediar a relação entre a empresa de plano de saúde e empresas, conselhos, sindicatos ou associações profissionais que contratam plano de saúde coletivo (ANS, 2021f).

O controle dos atos de concentração que envolvem empresas de planos de saúde é exercido pela ANS, dadas as suas funções e atribuições (BRASIL, 2000) e ocorre em parceria com o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) quando se trata de operações com maior potencial de repercussão no mercado, a fim de manter o mercado competitivo e proteger os interesses dos consumidores (HOLLANDA, 2019).

Estudo apontou que, no período de 2008 e 2018, surgiram vários grupos econômicos a partir da ocorrência de 127 atos de fusão e aquisição envolvendo empresas de planos de saúde, grupos hospitalares e laboratórios. Dentre as empresas de planos de saúde, o Grupo Amil foi o mais envolvido nas operações analisadas (HOLLANDA, 2019).

Embora a ANS e o CADE atuem em parceria para analisar os atos de concentração que envolvem empresas de planos de saúde, a aquisição do controle acionário do Grupo Amil pela operadora americana *United Health Group*, operação de extrema relevância para o setor por abrir as alas da saúde privada para o mercado internacional, não foi apreciada pelo CADE. Como a *United Health* não possuía negócios no Brasil, não se enquadrava nos critérios legais para submissão da operação à análise do Conselho (HOLLANDA, 2019).

A crise econômica aprofundada pela pandemia parece não ter abalado as negociações do setor. Enquanto em 2019 foram movimentados 1,641 bilhão de dólares em 73 negociações,

o ano de 2020 permaneceu “aquecido” com mais de 60 fusões e aquisições no país que envolveram 1,088 bilhão de dólares (COSTA, 2021). Um exemplo foi a aquisição de duas empresas pela maior administradora de benefícios do país, no valor de R\$ 202,5 milhões de reais (QUALICORP..., 2020).

Em 2021, ocorreu a fusão entre duas grandes empresas de planos de saúde com valor de mercado avaliado em R\$ 110 bilhões de reais (COSTA, 2021), 13,6 milhões de clientes (GIMENES, 2021, on-line) e receita líquida anual de cerca de R\$ 16 bilhões, sendo considerado no jargão econômico um dos “maiores conglomerado de saúde no país”, competindo com a Rede D’or de hospitais que possui capitalização de mercado estimada em R\$ 121 bilhões de reais (FORBES, 2021).

De acordo com o guia para análise econômica de atos de concentração horizontal, as concentrações podem tanto “facilitar a adoção de condutas competitivas (aumento de preços, redução da qualidade, diminuição da variedade ou redução das inovações)” (CADE, 2001, p. 4) quanto aumentar o bem-estar econômico ao proporcionar “vantagens competitivas para as empresas participantes (economias de escala, economias de escopo e redução dos custos de transação)” (CADE, 2001, p. 4).

É possível considerar que a tese do bem-estar econômico não se aplica ao setor privado de saúde na medida em que, a despeito das vantagens trazidas pelas fusões e aquisições em termos de economia e redução de custos para as empresas, a melhoria no desempenho econômico-financeiro não é repassada aos consumidores, que são submetidos a reajustes anuais e por faixa etária. O que se observa no setor é a intensificação das fusões e aquisições gerando maior concentração do mercado e a formação de oligopólios. Dados da ANS referentes a março de 2021 (ANS, 2021a) apontam que 20 grandes empresas – dentre o total de 698 – abarcavam mais de 50% dos clientes de planos médico-hospitalares. Nos planos exclusivamente odontológicos a concentração é ainda maior, uma vez que 5 empresas – dentre as 351 existentes – detinham 52% do mercado naquele período.

Para melhor compreensão das grandes operações na ordem dos milhares e bilhares no setor privado de saúde, torna-se necessário entender o *modus operandi* das fusões e aquisições à luz de outro tema muito atual: a financeirização da saúde.

## Abertura da saúde ao capital estrangeiro – Financeirização da saúde

A abertura da saúde ao capital estrangeiro envolveu uma mudança normativa, mas foi inserido no tipo de estratégia para alavancagem do mercado por ter sido uma medida que marcou a guinada do setor de planos privados de saúde ao entrar no mercado financeiro.

A publicação da Lei nº 13.097, de 2015, que alterou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, foi outro ato do Legislativo que teve grande repercussão no setor privado de saúde por ter permitido a abertura da saúde ao capital estrangeiro (BRASIL, 1990a, 2015), conforme transcrito a seguir:

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

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

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

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

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

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

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

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

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

Na verdade, a participação do capital estrangeiro na saúde precede a promulgação da Lei nº 13.097/2015, tendo se iniciado em 1967 com a atuação, no país, da operadora de planos de saúde argentina Omint (SOUZA, 2019).

A Constituição Federal de 1988 autorizou a prestação da assistência à saúde pela iniciativa privada, mas vedou “a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei” (BRASIL, 1988, art. 199, § 3º). Como uma primeira exceção a essa regra, a Lei que regulamenta os planos de saúde autorizou a participação do capital estrangeiro nas operadoras de saúde, regra que entrou em vigor em 2001 por meio de Medida Provisória que alterou a redação original da Lei, nestes termos (BRASIL, 1998):

Art. 1o, § 3o As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

Até então, a participação do capital estrangeiro na saúde estava restrita aos planos de saúde, seguradoras e farmácias. A Lei nº 13.097/2015 estendeu a possibilidade de atuação do capital internacional em todas as ações e serviços de saúde, permitindo a instalação e operação de hospitais e clínicas, inclusive de natureza filantrópica, por empresas internacionais (SOUZA, 2019).

Entidades do Movimento da Reforma Sanitária se manifestaram alertando sobre os interesses e lobbies dominantes de empresas de planos de saúde e hospitais privados que influenciaram a decisão pela ampliação do capital estrangeiro em seus negócios. As entidades apontaram ainda, que a nova lei desrespeitava a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, além de representar mais uma estratégia voltada para a privatização da saúde e o desmonte do SUS.

Tendo em vista que o artigo 142 da Lei nº 13.097/2015, alterou dispositivos da Lei Orgânica da Saúde para permitir a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro em todas as áreas compreendidas pela assistência à saúde, e entendendo que essas alterações são inconstitucionais por tornarem regra a exceção prevista no artigo 199, parágrafo 3º, da Constituição Federal, o Supremo Tribunal Federal (STF) foi acionado por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5435, questionando a validade do referido artigo (STF, 2015).

Em julho de 2017, em manifestação ao STF, a Procuradoria-Geral da República afirmou que a Lei do capital estrangeiro na saúde não feria a Constituição brasileira por permitir o cumprimento do seu art. 196 e estar alicerçada no direito à saúde e na livre iniciativa econômica. A ADI permanece sob análise no STF e a última tramitação foi registrada em agosto de 2019 (STF, 2021).

A fim de reverter a alteração na Lei Orgânica da Saúde, em 2018, foi aprovado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 1721/2015, para proibir a participação de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde. Nessa nova proposta, a participação do capital estrangeiro na saúde estaria restrita às doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), às entidades de cooperação técnica e às de financiamento e empréstimos, retomando a redação anterior da Lei Orgânica da Saúde; e para atender empregados de empresas, desde que sem ônus para a seguridade social e sem fins lucrativos. O projeto tramitou para análise por parte das Comissões responsáveis e, após dois

pareceres favoráveis, foi arquivado e desarquivado um mês depois. Após manifestação desfavorável por parte da Comissão de Finanças e Tributação, o projeto permaneceu sem andamento por mais de um ano até março de 2021, quando a referida comissão foi novamente instalada para análise da matéria (JANARY JÚNIOR, 2018; BRASIL, 2021d).

Argumentos a favor do PL que pretende retomar a redação anterior mencionam, dentre outras questões, o enfraquecimento do SUS, e o não alcance da regulação e fiscalização estatais sob as empresas estrangeiras, enquanto o parecer contrário à medida, ou seja, favorável à continuidade da Lei que permitiu a abertura do capital internacional à saúde, argumenta que o estoque do Investimento Estrangeiro Direto (IED) apresenta tendência de crescimento em diversos países. No Brasil, a entrada em vigor da Lei 13.097/2015 repercutiu no aumento do IED de US\$ 1.338 milhões em 2015 e para US\$ 139 milhões em 2018. Ainda segundo o parecer desfavorável, o incremento no IED viabiliza a capitalização das empresas, aumento da concorrência e da qualidade do atendimento, assim como permite investimentos, pesquisa e tecnologia, o que impulsionaria o setor suplementar com o aumento do número de beneficiários e, por conseguinte, reduziria a pressão sobre o sistema público de saúde e a necessidade de mais investimentos para atendimento a essa demanda. Com isso, ocorreria ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde por aqueles que utilizam somente a saúde pública. Ademais, reduzir o investimento do setor privado poderia aumentar a pressão sobre o SUS, que não pode aumentar gasto público por conta da limitação orçamentária imposta pela EC-95, a emenda constitucional do teto dos gastos (STF, 2021).

Constata-se que os próprios argumentos que defendem a entrada do capital estrangeiro na saúde advogam pelo aumento de investimentos na saúde suplementar em detrimento do SUS, que não precisaria de mais investimentos para atender à população, deixando claro o real interesse da medida. A tese de que o aumento de investimentos no setor privado amplia o acesso à rede pública nunca se comprovou desde antes da vigência da Lei do capital estrangeiro na saúde entrou em vigor e caiu por terra de vez quando a pandemia se alastrou e muitos brasileiros não tiveram acesso a leitos de UTI para internação. A rigor, o que mais uma vez foi comprovado no contexto de crise é que o contingenciamento de recursos para o SUS, utilizado como justificativa para a expansão do setor privado de saúde para “desafogar” a demanda para o sistema público de saúde, é uma peça do quebra-cabeça no qual o fortalecimento do setor privado pressupõe a destruição do público.

A financeirização da saúde e a dominância financeira têm sido abordada na literatura a partir da associação entre a lucratividade das empresas de planos de saúde e os movimentos intensos de aquisições e fusões, além da abertura de capitais e participação no mercado

financeiro (ANDREAZZI; KORNIS, 2008; ANDRIETTA, 2019; BAHIA, 2012; BAHIA *et al.*, 2016a; MENDES; MARQUES, 2009; SESTELO, 2018) e se expressa no sistema de saúde pela reconfiguração do papel do Estado, o qual permite o avanço do capital enquanto promove a redução de gastos públicos pela adoção de políticas macroeconômicas restritivas, inviabilizando a universalização da assistência pelo SUS (MENDES; MARQUES, 2009).

A forma como a financeirização e a dominância financeira se expressam no âmbito das políticas sociais e da saúde como campo de acumulação capitalista é descrita por Sestelo *et al.*, (2017, p. 1120):

A financeirização como novo modo de ser da riqueza global, passa a ter sua expressão particular nas políticas sociais de saúde, que se constituem em um campo extenso de acumulação capitalista cuja base concreta se liga, ao modo de um colateral, a um pilar de reprodução da vida moderna, a assistência à saúde de pessoas e populações.

A conjugação dos fatores subfinanciamento público e ampla participação do capital estrangeiro na saúde impulsiona a privatização (SCHEFFER, 2015). Fato que pode ser constatado, por exemplo, pelo elevado percentual de leitos de UTI privados no país para atender à parcela da população que possui planos de saúde. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES) de fevereiro de 2021, quase a metade dos leitos de UTI eram privados (excluindo os leitos destinados ao tratamento de covid-19) e nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste o percentual de leitos privados era maior do que o de leitos públicos (BRASIL, 2021e).

Dessa forma, torna-se evidente que a atuação do capital internacional no setor privado de saúde potencializa os problemas da saúde pública e exacerba as desigualdades já existentes entre o público e o privado no país.

A abertura de capital na bolsa de valores colocou o setor saúde em outro patamar, o da esfera financeira, o que aqueceu as fusões e aquisições, alavancou os lucros das empresas e impulsionou as fortunas dos empresários do setor.

Os chamados “bilionários da saúde” foram os que mais ganharam dinheiro durante a pandemia de covid-19. Enquanto as fortunas dos 53 brasileiros mais ricos do mundo tiveram valorização de 54,82% no ano de 2020, o que já surpreende dada a crise financeira causada pela pandemia, o patrimônio líquido dos bilionários da saúde apresentou crescimento de 134,76% no período (CALAIS; ANDRADE, 2021).

Segundo lista divulgada pela Forbes em fevereiro de 2021, entre as empresas da saúde cujos fundadores/controladores figuraram no ranking dos 10 maiores bilionários da saúde e que tiveram patrimônio líquido valorizado durante a pandemia, pode-se citar Rede D’Or de

hospitais, grupo de diagnósticos clínicos Dasa, empresa de plano de saúde Hapvida, duas empresas da indústria farmacêutica e uma rede de drogaria (CALAIS; ANDRADE, 2021).

O esforço das operadoras de planos de saúde para criar, recriar e ampliar espaços de atuação e acumulação de capital fica evidente quando se analisa o processo percorrido pelo setor, no qual algumas empresas se transformaram em grandes grupos econômicos que pautam sua agenda e interferem na formulação de políticas públicas em saúde, alcançando maior expressão dentro do complexo econômico-industrial da saúde (SESTELO, 2018; ANDRIETTA, 2020).

Pode-se constatar um forte processo de centralização nos planos de saúde, assim como em hospitais, tendo em vista a redução do número de empresas, por falências ou incorporação por empresas maiores, o que sugere uma tendência de acirramento do padrão concorrencial. O processo de concentração se expressa em grandes empresas a partir das fusões e aquisições, que são centrais para a estratégia competitiva, além do interesse de investidores institucionais no setor saúde e da presença de grandes grupos internacionais, que podem ser empresas do setor ou fundos de investimento (ANDRIETTA, 2019).

Sestelo *et al.*, (2017) apontam que a abordagem restrita ao orçamento público e ao papel do Estado não é suficiente para explicar o fenômeno da financeirização e sua expressão no debate sobre as políticas sociais brasileiras, sendo importante avançar na compreensão da agenda política dos agentes privados. Segundo Bahia (2012), para compreender a dinâmica da interação público-privada nos serviços de saúde e as contradições das políticas de saúde no Brasil, torna-se importante considerar as conexões entre a agenda política empresarial e as políticas econômicas governamentais.

Por todo o exposto, resta claro que a entrada do capital estrangeiro na saúde criou um ambiente rentável e alçou empresários da saúde a lugares destacados no ranking dos bilionários. Enriquecimentos patrocinados pelo Estado brasileiro que ocorrem às custas do sucateamento do SUS e não geram nenhuma contrapartida para a sociedade.

## ESTRATÉGIAS PARA DIVERSIFICAÇÃO E AMPLIAÇÃO DO MERCADO

### **Promoção da saúde e prevenção de doenças, medicina de família e atenção primária à saúde**

Considerando que o setor suplementar de saúde brasileiro é caracterizado pela prática desarticulada e fragmentada, centrada na figura do médico, hospitalocêntrica e

hiperespecializada (MALTA *et al.*, 2004), foi introduzida a discussão sobre mudança de modelo assistencial, pautada diante da transição demográfica e epidemiológica e do aumento dos custos em saúde.

Desde o princípio dos anos 2000 algumas empresas de planos de saúde passaram a incorporar preceitos da estratégia de saúde da família, inspiradas em experiências internacionais e na experiência nacional no âmbito do SUS. Entre as empresas da modalidade Autogestão, a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), por exemplo, começou a introduzir a estratégia de saúde da família nos seus serviços próprios, no ano de 2001, como eixo norteador da mudança para um modelo de atenção integral à saúde (ALVES, 2009).

Em 2005, a ANS passou a estimular de modo mais sistematizado a mudança de modelo assistencial na saúde suplementar ao lançar incentivos para que as empresas de planos de saúde adotassem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltados aos seus clientes. Diversas ações da Agência como publicação de normativos, manuais técnicos, seminários e pesquisas se sucederam a partir de então (ALVES, 2009; ANS, 2009b, 2021g) e proporcionaram a incorporação desta temática no discurso e marketing das empresas, que inseriram o lema do cuidado e responsabilidade pela saúde dos seus clientes, prática antes inexistentes no setor (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

Iniciativas para a implementação de programas de APS por empresas de planos de saúde foram estimuladas, incluindo programas estruturados pela Estratégia de Saúde da Família (ALVES, 2009; ALVES; UGÁ; PORTELA, 2016; BARBOSA; CELINO; COSTA, 2015; SEGATTO, 2017). Todavia, dentre as experiências desenvolvidas pelos planos de saúde, a maioria se restringia a determinadas condições de saúde (em especial doenças crônicas) e populações (em geral adultos e idosos), de modo focalizado e frequentemente com uma abrangência restrita no universo de clientes.

Nos anos seguintes, observa-se uma tendência no setor suplementar de lenta, mas progressiva incorporação de preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS). Dentre as cooperativas médicas, as estratégias de APS vêm sendo disseminadas desde 2011, incluindo a estruturação de comitê específico e oferta de cursos e capacitações (UNIMED GUARULHOS, 2016; UNIMED NOROESTE RS, 2015; UNIMED PARANÁ, 2016; SESCOOP/SP, 2017). Mais recentemente, observa-se também a intensificação da incorporação de estratégias de atenção primária à saúde por operadoras de diferentes portes e modalidades (SEGATTO, 2017; ANS, 2018d).

Frente ao envelhecimento populacional e aumento dos custos em saúde, o desenvolvimento de políticas regulatórias voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças, linhas de cuidado e novas tecnologias, contribui para a sustentabilidade do sistema de saúde (MATOS, 2019). Dessa forma, a ANS passou a mencionar expressamente a APS na Agenda Regulatória 2016-2018, na qual expressou o compromisso de implementar programa de indução de boas práticas em atenção primária à saúde (ANS, 2016b).

A partir de cooperação entre ANS e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), foi constituído o Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar. No referido Laboratório foram identificadas, reconhecidas e acompanhadas experiências em APS desenvolvidas por operadoras, descritas em publicação lançada em 2018 (ANS, 2018d).

Ainda em 2018, a ANS instituiu o Programa de Certificação de Operadoras em APS, em que as operadoras interessadas se submetem a uma auditoria por Entidade Acreditadora em Saúde, reconhecida pela ANS, a partir de parâmetros pré-estabelecidos (ANS, 2018e). Em 2021, a operadora Unimed Litoral - SC, foi a primeira a receber a Certificação em APS (UNIMED LITORAL, 2021).

Em 2020, a ANS lançou o denominado Projeto Cuidado Integral à Saúde, com caráter preparatório para a Certificação em APS, viabilizado mediante colaboração com o *Institute for Health Care Improvement* (IHI), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e Hospital Alemão Oswaldo Cruz. O referido projeto conta com 20 operadoras voluntárias, selecionadas por meio processo seletivo realizado pela ANS (ANS, 2021h).

A relevância da APS no contexto do setor suplementar de saúde é expressa por diferentes entidades do setor (FENASAÚDE, 2019a, 2019b; UNIDAS, 2021). Em 2018, representantes da cadeia produtiva do setor saúde lançaram documento de propostas para reformulação do sistema de saúde brasileiro, defendendo a atenção primária como porta de entrada do sistema e maior integração entre o público e o privado (ICOS, 2016, 2018), tendo ocorrido, inclusive, parcerias público-privada entre empresas de planos de saúde e hospitais filantrópicos de excelência para treinamento em APS para médicos da rede credenciada (ALBERT EINSTEIN, 2018).

Segundo Lisboa (2020), ainda que a proposta das empresas de planos de saúde baseada na prestação de serviços assistenciais por médicos de família pressuponha coordenação e integração do cuidado, se alinha ao conceito de valor em saúde, configurando um modelo focalizado, seletivo e não abrangente.

Nota-se a incorporação de políticas e temas originários do SUS pela saúde suplementar, como promoção da saúde, prevenção de doenças, estratégia de saúde da família e atenção primária à saúde, e a aderência por parte das empresas de planos de saúde que enxergaram a potencialidade dessas ações para a redução de custos, além da resolutividade em termos de condições de saúde da população adscrita. Na prática, o alinhamento entre diretrizes do SUS e a necessidade de gerir os custos pode promover a deturpação de conceitos no seu sentido pleno e a utilização destes para favorecer as estratégias de marketing das empresas, o que será detalhado no tópico ‘estratégias de mídia, propaganda e imaginário social’.

As propostas que visam difundir o alcance do setor privado na atenção primária à saúde não são exclusividade do setor suplementar. Prova disso é Medida Provisória nº 890/2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil e previu a criação de uma Agência para o desenvolvimento da atenção primária à saúde. Embora a justificativa seja “incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade”, tem como pano de fundo favorecer a privatização dos serviços de atenção primária à saúde (APS) no SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Face à adesão, ainda que formal do setor privado às recomendações da APS e mudanças na natureza pública-estatal da institucionalidade da atenção básica no SUS, é plausível supor a disseminação e generalização de um modelo privatizante para os cuidados primários direcionados aos segmentos de menor renda e classes médias.

Dessa forma, resta evidente que o movimento privatizante vem se ampliando para além do segmento de planos de saúde, na medida em que são publicadas medidas que buscam disseminar a privatização da saúde no SUS, apontando o direcionamento governamental para fincar a prestação privada de serviços de saúde, seja pelo SUS seja pelos planos de saúde, como norteadora das políticas de saúde no país.

### **Proposta para comercialização de planos “acessíveis” ou planos “populares”**

A comercialização de planos acessíveis pressupõe a flexibilização das condições de contratação e cobertura, segmentações diferenciadas e autorização para limitar o acesso aos serviços. A promessa é aumentar o acesso da população aos planos de saúde.

A proposta tem sido reiteradamente apresentada pelas entidades representativas das empresas de planos e saúde. Além da tentativa de emplacar essa proposta pelo Legislativo,

por meio do Projeto de Lei que altera o marco regulatório dos planos de saúde, discutido em outro tópico deste artigo, outra aposta foi atuar junto ao Executivo.

Em agosto de 2016, o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho para discutir o “Projeto de Plano de Saúde Acessível” e, posteriormente, solicitou manifestação da ANS acerca da viabilidade técnica das seguintes propostas (ANS, 2017c, p. 4-5):

- Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia. Por meio do Plano Simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas.
- Plano Ambulatorial + Hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.
- Plano em Regime Misto de Pagamento: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.

O Relatório descreve, ainda, as motivações apresentadas pelo Ministério da Saúde para tal solicitação (ANS, 2017c, p. 5):

- A crise econômica que o país atravessa ao longo dos últimos três anos que tem impactado diretamente no mercado de trabalho. Em agosto do ano de 2016, o desemprego aberto atingiu 12 milhões de pessoas. Atualmente cerca de 80% dos vínculos ativos de planos de saúde se concentram nos planos de saúde coletivos (por adesão ou empresarial), assim, o mau desempenho do mercado de trabalho afeta diretamente o mercado de saúde suplementar; [...]
- A redução da massa segurada que eleva as despesas per capita das operadoras e impacta na precificação do produto, o que dificulta ainda mais o acesso da população à saúde suplementar; e
- O intuito de ofertar planos mais acessíveis, com atendimento direcionado para as reais necessidades dos cidadãos brasileiros.

Sob o pretexto de aliviar os gastos do governo com o SUS e viabilizar que mais pessoas tivessem plano de saúde para, dessa forma, contribuir para o financiamento da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde defendia o oferecimento de planos de saúde com menos serviços ofertados do que o rol de cobertura mínima obrigatória estabelecido pela ANS, admitindo inclusive que parte dos atendimentos continuaria sendo realizada pelo SUS, dada a menor cobertura dos planos (LABOISSIÈRE, 2016).

O grupo de trabalho responsável por avaliar a proposta encaminhada pelo Ministério da Saúde realizou consulta interna, com o intuito de receber contribuições do seu corpo técnico, e debate público com duração de 3 dias com prazo posterior para envio de contribuições. Posteriormente, o órgão regulador apresentou a seguinte conclusão (ANS, 2017c, p. 47):

Diante do exposto, conclui-se que as propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde concorrem com ações regulatórias já em andamento na ANS, algumas inclusive já recentemente editadas, como demonstrado no quadro comparativo de posição desta agência.

A despeito de alguns itens necessitarem de maior detalhamento e de estudos de mensuração de seus impactos, temas como atenção básica, coparticipação, diretrizes de utilização, canais digitais de comunicação segunda opinião médica são ações que já ocorrem no mercado, independente de quaisquer sugestões contidas nessas propostas.

Diante das considerações do grupo de trabalho e das manifestações contrárias à proposta, a ANS não publicou medidas normativas para a adoção dos planos populares, nos termos indicados pelo Ministério da Saúde.

A despeito das argumentações para cancelar a criação desse tipo de plano, de acordo com Bahia *et al.*, (2016b), a proposta de comercialização de planos de saúde “acessíveis”, “populares” ou “baratos”, tem como característica a conformação de contratos com redução de coberturas assistenciais ou formas de copagamentos que inibem a utilização dos serviços de saúde. Além disso, tal proposta consiste na desregulamentação das regras de cobertura, de restrição da oferta de especialidades médicas e da menor abrangência territorial dos planos de saúde.

A denominação “acessível” diz respeito aos preços que seriam reduzidos e, desta forma, mais atrativos para o consumidor e passíveis de pagamento por pessoas que não teriam condições financeiras para arcar com os valores dos planos de saúde. No entanto, viabilizar o acesso a um maior número de consumidores não significa ampliar o acesso aos serviços. Pelo

contrário, os planos ditos “acessíveis” dão direito a coberturas limitadas que poderiam ser diferentes para cada indivíduo.

Se, atualmente, os consumidores de planos de saúde têm direito aos mesmos procedimentos que estão estabelecidos no rol da ANS, a proposta de planos populares admite que cada consumidor terá acesso a um determinado grupo de procedimentos, que poderá variar de contrato para contrato, dependendo das condições estipuladas e da capacidade de pagamento. Isso seria exatamente um retrocesso na medida em que retornaríamos à prática das empresas quando não havia regulação dos planos de saúde.

A proposta dos planos acessíveis, se adotada, além de enfraquecer a regulação do setor, deixará o consumidor sem cobertura para procedimentos de alto custo, o que incorrerá em dois desfechos: alguns consumidores buscarão atendimento no SUS, cujo desfinanciamento é utilizado como justificativa para aprovação dos planos populares; e aumentará a judicialização contra os planos de saúde, que já é maior em termos absolutos e relativos em comparação com as demandas contra o SUS.

## **Telessaúde**

Apontada como tendência da organização da produção na saúde (MATOS, 2019), a telemedicina foi oficialmente autorizada no Brasil por meio da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, durante a referida crise sanitária, quando uma nova forma de prestação da assistência à saúde fez-se necessária para garantir a continuidade dos atendimentos passíveis de ocorrer de forma remota, evitar deslocamentos e aliviar a sobrecarga do sistema de saúde. A lei aprovou o uso da telemedicina, em caráter emergencial, durante a crise causada pelo coronavírus (BRASIL, 2020b).

Apesar de o reconhecimento da telemedicina como forma de ofertar serviços ligados aos cuidados em saúde pela OMS datar de 1977, existiam apenas iniciativas isoladas a respeito no país. Com a pandemia, os conselhos da área da saúde disciplinaram o exercício das respectivas profissões à distância e foi publicada Portaria do Ministério da Saúde que regulamentou as ações de telemedicina no SUS e na saúde suplementar. Com base nesses documentos, a ANS recomendou que as empresas de planos de saúde disponibilizassem recursos de tecnologia de informação e comunicação em suas redes credenciadas (ANS, 2020c). Por fim, foi sancionada a Lei Federal supracitada, que regulamentou a matéria (BRASIL, 2020b).

Outros dois Projetos de Lei foram propostos em 2020 para instituir a telessaúde como forma de acesso para além do período de pandemia: o PL 1998/2020 para autorizar e definir a prática da telemedicina em todo o território nacional; e o PL 2394/2020 que busca autorizar aos profissionais da área da saúde o exercício da profissão à distância por meio de tecnologias. Em maio de 2021, ambos os projetos estavam em tramitação (BRASIL, 2020c, 2020d).

As empresas de planos de saúde e os serviços privados se adequaram rapidamente à nova medida. Junto com a suspensão dos atendimentos eletivos nas fases em que foram adotadas medidas de isolamento social, a telemedicina favoreceu a redução das despesas assistenciais no primeiro ano da pandemia. Dado o alcance e o potencial da telemedicina para conter custos, provavelmente, as empresas serão favoráveis à permanência dessa nova ferramenta para viabilizar a prestação da assistência à saúde. No Brasil, a implantação da telemedicina constituiu mais uma vertente da discrepância entre o público e o privado na saúde, pois foi implantada durante a pandemia somente para clientes de planos de saúde ou para consulta particular.

Além da telemedicina, a maior parte das inovações tecnológicas em curso possuem relação com o setor saúde, como: big data, avanços nas ferramentas de tecnologia de comunicação e informação, impressão em 3D, nanotecnologia e robótica avançada (CHIAVEGATTO FILHO, 2015; MALDONADO, 2019). Tais inovações trazidas pela quarta revolução tecnológica, denominada Revolução 4.0, têm o potencial de aumentar a qualidade de vida (GADELHA, 2019) e de ampliar a oferta de serviços de saúde em locais mais distantes e o acesso à medicina especializada (MALDONADO *et al.*, 2012). No entanto, caso todos os avanços em ciência, tecnologia e inovação sejam apropriados pelos interesses econômicos do capital, poderão ser gerados impactos negativos para a população com ampliação das desigualdades frente ao risco de restrição de acesso a esses avanços e à perda de uma visão de saúde coletiva (GADELHA, 2019).

## ATUAÇÃO POLÍTICA E IMAGINÁRIO SOCIAL

### **Estratégias de lobby**

As propostas provenientes de entidades representativas do setor privado de saúde e de grandes grupos econômicos compõem o leque de estratégias que visam resguardar os interesses desse setor, ao buscarem articulação no Parlamento para influenciar a formulação

de políticas públicas (BAHIA; SCHEFFER, 2018). A participação ativa nos períodos eleitorais complementa o rol de ações, com apresentação de análises e propostas aos candidatos (CNSEG, 2018).

### **Investimento em ensino, pesquisa e inovação**

Outra forma de ampliar o espectro de atuação das empresas de planos de saúde e se manter atuante na esfera decisória é o investimento em centros de estudo, realização de pesquisas e organização de eventos com a participação de órgãos públicos.

Observa-se tanto a realização de cursos voltados para a temática saúde suplementar (FGV, 2019a) e eventos incluindo a participação de órgãos do governo para a discussão e implementação de políticas (FGV, 2019b), além da formação de institutos de pesquisa privados tanto com foco em estudos para embasar políticas na área de saúde suplementar, inclusive no tocante ao financiamento (IESS, 2021), quanto em estudos clínicos (IDOR, 2021).

Recentemente, a maior rede privada de hospitais no país investiu em um complexo de assistência médica, ensino, pesquisa e inovação, após adquirir um hospital localizado no Rio de Janeiro via leilão judicial. Empreendimento que contou inclusive com a restauração de edificações tombadas pelo patrimônio histórico (PAULA, 2017) e foi inaugurado em 2020. O complexo hospitalar abarca um instituto de pesquisa, funcionante desde 2010, que possui parcerias com grandes instituições públicas de ensino assim como universidades no exterior (IDOR, 2021). Embora esse movimento tenha sido proveniente de um grupo hospitalar, trata-se de uma grande rede que atende a diversos planos de saúde e, certamente, repercutirá em uma mudança no cenário da saúde suplementar, sendo oportuna a análise por um olhar mais amplo sobre os desdobramentos para o sistema de saúde brasileiro.

### **Estratégias de mídia, propaganda e imaginário social**

No tocante aos meios de comunicação, constata-se uma supervalorização do modelo privatista excludente de saúde em detrimento do sistema público e universal de saúde. As notícias mostram pacientes que não conseguem atendimento no SUS, enquanto as propagandas dos planos de saúde prometem acesso facilitado a consultas, exames, internações.

Em 2015, ter plano de saúde foi considerado o 3º maior desejo dos brasileiros, perdendo apenas para educação e casa própria (IESS, 2015). O desejo por plano de saúde tem relação com o acesso aos serviços de saúde, diante da dificuldade e peregrinação na busca por cuidados no SUS somadas ao imaginário social de que os planos têm melhor acesso, qualidade e resolutividade. Fato que pode ter sido ainda mais exacerbado durante a pandemia, diante da dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, conforme apontado em estudos (COSTA *et al.*, 2020, MASSUDA; TASCA; MALIK, 2020; PORTELA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

Desde o surgimento dos planos e seguros privados de saúde, a propaganda era baseada no acesso facilitado a serviços de alta tecnologia, o que incitava a ideia de que quanto mais procedimentos, mais saúde. No entanto, recentemente esse *slogan* tem sido substituído pela introdução do médico de família em planos voltados para a atenção primária à saúde (APS), disseminado a ideia da prevenção de riscos e doenças a partir do médico de família que conhece as necessidades de cada indivíduo sob sua responsabilidade.

As notícias mostram pacientes que não conseguem atendimento em clínicas da família, enquanto os clientes de planos de saúde possuem acesso facilitado a consultas, exames, internações e ao recente investimento do setor suplementar de saúde, os médicos de família. O setor privado enxerga, então, no modelo inspirado nos princípios do SUS, mais um nicho de mercado promissor e ao mesmo tempo se utiliza da imagem depreciativa do SUS para atrair novos clientes.

A falta de leitos públicos durante a pandemia de covid-19, que escancarou a insuficiência histórica de recursos do SUS somada à má gestão governamental no enfrentamento da maior crise sanitária mundial, exacerbou as discrepâncias entre a assistência pública e privada no país, corroborando com o enfraquecimento do papel do SUS. Por outro lado, movimentos de apoio ao SUS foram iniciados durante a campanha de vacinação contra covid-19, que ocorreu de forma totalmente gratuita pelo sistema público de saúde. Embora avançando a passos lentos, a população começou a demonstrar apreço e reconhecimento à importância do SUS para todos.

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo evidencia a histórica adoção de medidas para preservação e expansão do setor privado de saúde no país e destaca como esse processo se consolida com

apoio governamental e em dissonância com os princípios e bases instituídos para o sistema de saúde no Brasil.

A crise econômica afetou tanto o setor público de saúde com o contingenciamento de recursos, quanto o setor privado, que enfrentou retração dos seus mercados habituais tendo em vista o aumento do desemprego e consequente perda do plano de saúde coletivo empresarial por trabalhadores formais, além da perda dos planos individuais por profissionais autônomos e clientes que não têm condições de continuar arcando com as mensalidades elevadas.

A redução de clientes não afetou a lucratividade nem as margens líquidas das empresas (SESTELO, 2018), as quais apresentaram aumento da receita acima das despesas assistenciais (CARVALHO, 2019), principalmente no período da pandemia de covid-19.

Constata-se que o mercado privado de saúde no Brasil mantém a tendência de expansão durante períodos de crise econômica. Uma contra tendência cujo pano de fundo é o forte protagonismo e dinamismo das empresas de planos de saúde e suas entidades representativas, assim como estratégias que envolvem medidas governamentais que promovem tanto a preservação do setor privado de saúde como a sua expansão.

A reconfiguração das estratégias de atuação do setor privado de saúde ocorre com incentivo governamental às custas da deterioração dos serviços públicos. Enquanto o segmento dos planos de saúde reestrutura e diversifica suas ações empresariais de forma dinâmica, o Estado fomenta políticas públicas que sustentam a preservação e ampliação deste setor. A grande adaptabilidade do segmento privado aos diferentes ciclos econômicos não prescinde, portanto, de suportes governamentais seletivos e intensificados em contextos recessivos.

A redução do financiamento da saúde pública em tempos de crise econômica ocorre justamente num período no qual a busca por serviços públicos aumenta. Diante da onda de sucateamento do SUS e da retração do mercado no período de recessão econômica, o setor privado de saúde se reinventa apresentando propostas baseadas na desregulamentação do setor e no oferecimento de novos produtos a custos mais baixos, com redes assistenciais de menor qualidade ou próprias/verticalizadas, a fim de angariar novos clientes provenientes das classes C e D, bem como ampliar a gama de usuários em planos coletivos por adesão ao oferecer esse tipo de plano a clientes que perderam seus planos individuais ou planos coletivos empresariais.

A possibilidade de deduzir os valores despendidos com despesas médicas de forma ilimitada, reduz ainda mais os recursos para o financiamento do SUS já tão sucateado, além disso, amplia as desigualdades do sistema de saúde brasileiro ao beneficiar as camadas mais

abastadas da população. As políticas atualmente em discussão e as tentativas de alterar a lei que rege os planos de saúde, buscando maiores benefícios e a desregulamentação do setor privado, vis-à-vis a forte atuação política das entidades representativas dos planos de saúde tendem a agravar estas iniquidades.

Mantidos como forma de compensar a incapacidade de atendimento do SUS a toda população devido ao seu histórico desfinanciamento, os subsídios fiscais e as políticas de apoio ao setor privado de saúde não desoneram o SUS, visto que a população que possui planos de saúde continua utilizando o SUS para vacinação, urgência e emergência, bem como internações, parto e procedimentos de alto custo, conforme demonstrado na exposição sobre o ressarcimento ao SUS. O agravamento da crise econômica, com aumento do desemprego e queda na renda, são fatores que contribuem para aumentar a busca por serviços públicos, fato que por si só deixa clara a necessidade de ampliar os investimentos em saúde pública. A pandemia de covid-19 escancarou essa necessidade e o descompromisso governamental inolvidável com a construção de um SUS robusto e de qualidade, nos termos defendidos pela Constituição Federal brasileira.

Ao analisar a trajetória da regulação do setor suplementar e as tendências para o sistema de saúde diante de cenários nacionais e internacionais projetados, Matos (2019) constatou como cenário mais desfavorável o contexto de acirramento da crise econômica com a consequente manutenção das condições de subfinanciamento do SUS e a impossibilidade de o mercado de saúde suplementar suprir a demanda diante dos preços elevados e da diminuição da renda das famílias.

Ainda assim, aspectos econômicos, políticos e sociais permeiam as estratégias identificadas no presente estudo e fornecem sustentação e ambiente propício para a disseminação do mercado privado, favorecendo o processo de capitalização da saúde no país a partir de uma base pública que fornece sustentação ao setor, a despeito do aporte insuficiente de recursos para o SUS.

De acordo com Bahia (2018), o setor privado recria novos arranjos a partir dos já existentes, o que configura sua capacidade de reorganização empresarial. Tal fato fica evidente neste estudo na medida em que a maior parte das propostas e estratégias é adotada desde o surgimento do setor privado de saúde até os tempos atuais de crise econômica, a fim de diversificar o mercado e alavancar a venda de planos privados de saúde para a população, demonstrando a capacidade do setor de se reinventar e se adaptar aos diferentes ciclos econômicos.

As estratégias adotadas têm viabilizado a diversificação do mercado privado de saúde e permitido atrair mais clientes para a esfera suplementar. Apesar da crise econômica e da breve redução do número de clientes no período de 2015 a 2017 por conta do agravamento da crise econômica, os dados disponíveis demonstram que as empresas de planos de saúde continuaram aumentando suas receitas anualmente (ANS, 2021a). A perda da clientela é usada como justificativa para lançar novas estratégias e buscar maior inserção governamental para emplacar propostas visando ampliar a comercialização de planos de saúde e, conseqüentemente, seus ganhos financeiros.

As estratégias que antecederam a crise econômica iniciada em 2014 permeiam diferentes ciclos econômicos, pois foram iniciadas em períodos anteriores à crise e permaneceram vigentes ou mesmo se intensificaram após o período de recessão. As fusões e aquisições de planos de saúde e hospitais privados, por exemplo, se intensificaram após a abertura do capital estrangeiro à saúde e continuaram “a todo vapor” durante a crise sanitária derivada da pandemia de covid-19, apesar da falta de recursos, inclusive de leitos de UTI para o devido atendimento à população.

Embora os ciclos econômicos impactem no mercado privado de saúde, evidencia-se que o setor consegue se preservar em períodos de crise econômica e, inclusive, recuperar o número de consumidores em um ano de piora da crise econômica e sanitária dada a pandemia de covid-19.

Examinar com a devida atenção os indícios de dependência da expansão das coberturas privadas aos ciclos de crescimento econômico são duplamente relevantes. Em primeiro lugar, o contexto de restrição fiscal e dos orçamentos públicos para a saúde pode estimular empresas privadas de pré-pagamento. No Brasil, as estratégias empresariais de atração de investidores estrangeiros combinaram-se com a atuação para obtenção de créditos junto a instituições públicas e ampliação de deduções e isenções fiscais.

Frente às tensões delineadas recentemente, pela crise econômica e política vis-à-vis o cenário mundial de crise sanitária, as empresas de planos e seguros de saúde que adquiriram expressão econômica e política no período de crescimento do emprego e renda buscam acionar estratégias de intensificação do uso de fundos públicos para mitigar prejuízos e diversificar atividades.

A política de desoneração representa gastos indiretos do Estado com incentivo ao setor privado e contribui para o déficit público, pois reduz a arrecadação tributária nacional e compromete o desenvolvimento econômico (ALVES, 2018). Nesse sentido, a destinação de fundos públicos para o setor privado impede a efetivação do SUS constitucional (BAHIA,

2018), na medida em que se retiram verbas que poderiam ser destinadas aos serviços públicos em prol do avanço do capital privado na saúde.

Constata-se a intensa organização do setor privado de saúde, com propostas elaboradas para proceder à reforma do sistema de saúde brasileiro, inclusive com apresentação e atuação política perante os Poderes Legislativo e Executivo, o que demonstra a forte presença do segmento privado nessas esferas. Na esfera Judiciária, é um setor que provoca bastante a busca por garantia de direitos por parte dos clientes de planos de saúde.

As estratégias relatadas no presente artigo permearam todo o período da pandemia de covid-19, tornando ainda mais evidente a forte atuação do setor privado de saúde para preservação, diferenciação e alavancagem do mercado, atuação esta que ocorreu em dissonância com o SUS na medida em que diversas localidades do país enfrentaram a falta de leitos de UTI para internação enquanto hospitais privados possuíam leitos ociosos, conforme relatado por estudos que abordaram e aprofundaram a questão (COSTA *et al.*, 2020; GPDES; GEPS, 2020). Fato que marcou a triste realidade vivenciada no Brasil e a discrepância entre o público e o privado na saúde foi a comemoração de uma operação bilionária por empresários da saúde enquanto o país experienciava um dos momentos mais críticos da pandemia com aumento descontrolado do número de casos, sinalizando a supremacia do capital em detrimento da saúde da população.

Além do intenso movimento de concentração, verticalização e internacionalização que alavancam e fortalecem o segmento privado, observa-se forte atuação política e social. A demarcação de território do setor privado de saúde avança pelas áreas de ensino, pesquisa e inovação, envolvendo o investimento em centros de estudo e parcerias com instituições públicas.

Os ataques ao SUS público precedem a pandemia e foram gravemente exacerbados por esta. Ao comentar as declarações do ministro da saúde no início do governo empossado em 2019, que defendeu o fim da gratuidade universal do SUS para as maiores faixas de renda, Matos (2019) apontou desafios que se fazem ainda mais proeminentes nesse período pandêmico:

Uma mudança efetiva nos rumos da Saúde passa pela necessidade de reafirmar os princípios da saúde coletiva ainda que em ambiente político e econômico adverso, adotando uma agenda mínima que viabilize a sustentabilidade econômico-financeira dos sistemas de saúde. O grande desafio que o cenário atual nos coloca é exatamente buscar a solvência em ambiente de crescimento da insolvência, buscar a igualdade em ambiente de aprofundamento das desigualdades, além de tentar construir um olhar solidário e fraternal em ambiente radicalizado e individualista. (MATOS, 2019, p. 11).

Nota-se a importância da mobilização da sociedade civil para estancar ou, ao menos, frear a proeminência do capital perante a saúde, tendo em vista que as manifestações ocorridas em várias situações de debate foram cruciais para evitar a publicação de normas que certamente somariam retrocessos ao cenário da saúde no Brasil. Faz-se mister tanto estabelecer e fincar esses espaços de debate democrático quanto ampliar a abrangência da atuação, para que o movimento sanitário tenha tanta influência política quanto os empresários da saúde, estabelecendo ação enérgica e organizada em prol da garantia de direitos de saúde e cidadania.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A crise econômica enfrentada pelo país se refletiu tanto no número de consumidores de planos de saúde quanto no aumento de processos judiciais contra operadoras de planos de saúde. Estas, por sua vez, estão articuladas com instâncias do governo, lançam estratégias para, a partir do uso de fundos públicos, diversificar atividades, mitigar prejuízos e ampliar o mercado privado de saúde.

É evidente o grande alicerce governamental que funciona como base de sustentação do setor privado de saúde. O apoio público à expansão dos planos de saúde possui múltiplas facetas e se constitui como política histórica de Estado, que sustenta o avanço do mercado de planos de saúde em detrimento do SUS universal. Frente à crise econômica, o paradoxo governamental: congelar gastos com saúde pública enquanto subsídios fiscais e políticas de incentivo à disseminação dos planos de saúde são mantidos.

É imprescindível que os problemas enfrentados pelos consumidores de planos de saúde sejam, de fato, levantados, solucionados ou, ao menos, amenizados pelas ações e decisões tomadas pelos Três Poderes no Brasil, de forma a garantir a efetividade da regulação dos planos de saúde e a contribuir para a conformação de um sistema nacional de saúde voltado para a proteção à saúde da população e à garantia de direitos de cidadania.

Torna-se de suma relevância aprofundar os estudos a fim de identificar o desempenho econômico das empresas de planos de saúde perante os distintos ciclos econômicos, bem como promover estudos e políticas alternativas para a regulação e regulamentação das interfaces público-privadas, buscando minimizar a força avassaladora com que a ascensão do capital estrangeiro avança, deixando um rastro destrutivo no sistema público universal de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANS. **Boletim Informativo**: utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. 13. ed. [S. l.]: ANS, 2022a. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDM0NWFiZDUtZTJmYy00NTZlLTlmMTQtMTk4Nzk3NTQ5MzQ4IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ANS. **Sala de situação**. [S. l.]: ANS, 2022b. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html). Acesso em: 20 jan. 2022.

ANS. Dados e indicadores do setor. ANS, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 30 mar. 2021.

ANS. ANS: números de maio reafirmam crescimento no setor. ANS, 05 jul. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-numeros-de-maio-reafirmam-crescimento-no-setor>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ANS. Boletim Covid-19 saúde suplementar. ANS, jun. 2021c. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/boletim-covid-19-ans\\_2021-junho.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/boletim-covid-19-ans_2021-junho.pdf). Acesso em: 06 jul. 2021.

ANS. **Panorama do ressarcimento ao SUS**. 2. ed. [S. l.]: ANS, 2021d. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOGJmOGJiZTAtZmZiMi00ZDRhLTlmZjktY2MxMTQwNjQ2ZmU3IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSectionf0093d513ae370b0ea2a>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ANS. Painel de Glosas. ANS, 2021e. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-de-glosa>. Acesso em: 06 maio 2021.

ANS. Dicas de como escolher um plano de saúde. ANS, 2021f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/14-planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/467-planos-coletivos>. Acesso em: 31 mar. 2021.

ANS. Histórico dos programas de promoção da saúde e prevenção e controle de riscos e doenças. ANS, 2021g. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/298-promoprev-historico>. Acesso em: 08 jul. 2021.

ANS. Gestão em saúde. Programa de certificação de boas práticas em atenção à saúde. Projeto cuidado integral à saúde. ANS, 2021h. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/programa-de-certificacao-de-boas-praticas-em-atencao-a-saude-1/projeto-cuidado-integral-a-saude>. Acesso em: 08 jul. 2021.

ANS. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. **Mapa de utilização do SUS por beneficiário de planos privados de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2020a. Disponível em: [https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2020/09/Mapa\\_do\\_Ressarcimento\\_ao\\_SUS\\_Agosto\\_de\\_2020.pdf](https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2020/09/Mapa_do_Ressarcimento_ao_SUS_Agosto_de_2020.pdf). Acesso em: 07 maio 2021.

ANS. Boletim informativo: utilização do sistema único de saúde por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. **Boletim informativo**, n.10, jun. 2020b. Disponível em: [http://ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_da\\_Operadora/Compromissos\\_interacoes\\_ANS/ressarcimento/boletim-informativo-ressarcimento-edicao-10.pdf](http://ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/boletim-informativo-ressarcimento-edicao-10.pdf). Acesso em: 07 maio 2021.

ANS. Processo nº: 33910.007506/2020-98. Nota Técnica nº 3/2020/DIRAD-DIDES/DIDES. ANS, 2020c. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/covid\\_19/Nota\\_Tecnica\\_n\\_3\\_2020\\_DIRAD-DIDES\\_DIDES.pdf](https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/covid_19/Nota_Tecnica_n_3_2020_DIRAD-DIDES_DIDES.pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

ANS. Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia/Interáreas. ANS, 2018a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores/grupo-tecnico-de-coparticipacao-e-franquia-interareas>. Acesso em: 19 ago. 2020.

ANS. ANS define regras para cobrança de coparticipação e franquia em planos de saúde. **Notícias ANS**, 28 jun. 2018b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4499-ans-define-regras-para-cobranca-de-coparticipacao-e-franquia-em-planos-de-saude>. Acesso em: 19 ago. 2020.

ANS. **Nota Técnica Nº 18/2018/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES, de 18 de outubro de 2018**. [S. l.]: ANS, 2018c.

ANS. **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS: OPAS, 2018d. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/Publica%C3%A7%C3%A3o\\_Laborat%C3%B3rio\\_de\\_Inova%C3%A7%C3%B5es\\_em\\_APS.pdf](http://www.ans.gov.br/images/Publica%C3%A7%C3%A3o_Laborat%C3%B3rio_de_Inova%C3%A7%C3%B5es_em_APS.pdf). Acesso em: 19 ago. 2020.

ANS. Resolução Normativa - RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2018e. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>. Acesso em: 19 ago. 2020.

ANS. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Gerência Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS. Coordenadoria de Estímulo à Adimplência. **Aspectos financeiros do Ressarcimento ao SUS**: orientações sobre os procedimentos de cobrança. Rio de Janeiro: ANS, 2018f. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/cartilha\\_aspectos\\_financeiros\\_do\\_ressarcimento\\_ao\\_sus.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/cartilha_aspectos_financeiros_do_ressarcimento_ao_sus.pdf). Acesso em: 28 out. 2022.

ANS. **Reunião do Grupo Técnico da Lei nº 13.003**. Rio de Janeiro: ANS, 2017a. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/lei-13003-14/gt-apresentacao\\_regulamentacao-da-lei.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/lei-13003-14/gt-apresentacao_regulamentacao-da-lei.pdf). Acesso em: 19 ago. 2020.

ANS. Agência regulamenta plano de saúde para empresário individual. **Notícias ANS**, 2017b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4277-agencia-regulamenta-plano-de-saude-para-empresario-individual>. Acesso em: 31 mar. 2021.

ANS. **Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis**. Rio de Janeiro: ANS, 2017c. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O\\_FINAL\\_RELATORIO\\_DESCRITIVO\\_GT\\_ANS\\_PROJETO\\_PLANO\\_DE\\_SAUDE\\_ACESSIVEL\\_FINAL\\_.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf). Acesso em: 09 ago. 2019

ANS. **Entendimento DIFIS nº 02, de 07 de abril de 2016**. [S. l.]: ANS, 2016a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=entendimento&task=TextoLei&format=raw&id=MzIzNA==>. Acesso em: 09 ago. 2018.

ANS. Os Eixos Temáticos da Agenda Regulatória 2016/2018. **ANS**, 2016b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/agenda-regulatoria/agenda-regulatoria-2016-2018/os-eixos-tematicos-da-agenda-regulatoria-2016-2018>. Acesso em: 09 ago. 2018.

ANS. Resolução Normativa - RN nº 388, de 25 de novembro de 2015. Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 26 nov. 2015a.

ANS. **Rede assistencial e garantia de acesso na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2015b. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/rede\\_completo\\_digital.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rede_completo_digital.pdf). Acesso em: 13 maio 2021.

ANS. A ANS. Nota de esclarecimento sobre planos coletivos. **Notícias ANS**, 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2151-nota-de-esclarecimento-sobreplanos-coletivos>. Acesso em: 31 mar. 2021.

ANS. Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 135, 15 jul. 2009a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 09 ago. 2018.

ANS. **Atenção à saúde no setor suplementar**: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro: ANS, 2009b. 80 p.

ALBERT EINSTEIN SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. Amil, em parceria com Einstein, oferece treinamento em atenção primária a médicos da operadora. **Einstein**, 2018. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/imprensa/press-release/amil-em-parceria-com-einstein-oferece-treinamento-em-atencao-primaria-a-medicos-da-operadora>. Acesso em: 07 abr. 2021.

ALVES, D. C.; BAHIA, L.; BARROSO, A. F. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p.279-290, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200006>. Acesso em: 09 ago. 2018.

ALVES, D. C. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de assistência privada à saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares.** 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009b.

ALVES, D. C.; UGÁ, M. A. D.; PORTELA, M. C. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 153-161, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020199>.

ALVES, C. G. S. L. **Estrutura tributária no Brasil: padrões para as empresas de planos e seguros saúde.** 2018. 338 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS, G. E. M. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1409-1420, 2008.

ANDREAZZI, M. F. S.; OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Physis**, v. 17, n. 3, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000300007>.

ANDRIETTA, L. S. **Acumulação de capital na saúde brasileira: estudo exploratório de empresas e setores selecionados (2008-2015).** 2019. 243 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

ANDRIETTA, L. S. Planos de saúde: protagonistas da acumulação de capital na saúde brasileira. Resenha. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00238>.

ABRASCO. O truque dos planos individuais que são falsos coletivos. **Abrasco**, 05 mar. 2018a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/o-truque-dos-planos-individuais-que-sao-falsos-coletivos/33367/>. Acesso em: 07 abr. 2021.

ABRASCO. Nota de Repúdio: franquias e coparticipação. **Abrasco**, 2018b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Nota-Conjunta-de-Repudio-Franquia-e-Coparticipacao-A7a-CC83o-1.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2018.

AUGUSTO, O. Servidores querem que governo aumente contrapartida em planos de saúde. **Metrópoles**, 12 abr. 2019. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/servidor-brasil/servidores-querem-que-governo-aumente-contrapartida-em-planos-de-saude>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. e00067218, abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00067218>.

BAHIA, L. Financeirização da assistência médico-hospitalar no Governo Lula. *In*: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 91-113.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BAHIA, L. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 105-122, 1997. Disponível em: [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/1997\\_2/artigos/csc\\_1997\\_v5n2\\_105-122.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/1997_2/artigos/csc_1997_v5n2_105-122.pdf). Acesso em: 30 mar. 2021.

BAHIA, L. *et al.* Das empresas médicas às seguradoras internacionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32 supl. 2, 2016a.

BAHIA, L. *et al.* Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. e00184516, dez. 2016b.

BAHIA, L.; LAZZARINI, M; SCHEFFER, M. Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde. **GEPS**, jul. 2019. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 3, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S312>.

BNDES. BNDES contra os efeitos do coronavírus. **BNDES**, 2021a. Disponível em: <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/bndes-contra-coronavirus>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BNDES. **Relatório de efetividade 2019**. Rio de Janeiro: BNDES, 2020. Disponível em: [https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/20141/1/2020\\_Relatorio%20de%20efetividade\\_2019\\_BD.pdf](https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/20141/1/2020_Relatorio%20de%20efetividade_2019_BD.pdf). Acesso em: 05 jul. 2021.

BNDES. **Relatório de Efetividade 2018**. Rio de Janeiro: BNDES, 2019. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/19060>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BNDES. **Relatório de efetividade 2017**: efetividade para um novo ciclo de crescimento econômico. Rio de Janeiro: BNDES, 2018. 180 p.

BNDES. **Relatório de efetividade 2007-2014**: a contribuição do BNDES para o desenvolvimento nacional. 2. ed. Rio de Janeiro: BNDES, 2015. 134 p.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; COSTA, G. M. C. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1101-1108, dez. 2015.

BOBBIO, N. **Da estrutura à função**: novos estudos de teoria do direito. Tradução: Daniela B. Versiani. Barueiri: Manole, 2007.

BONIN, R. Quanto custou aos brasileiros o plano de saúde dos deputados. **Veja**, 04 jan. 2022. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/radar/quanto-custou-aos-brasileiros-o-plano-de-saude-dos-deputados/>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. Receita Federal. **Gastos Tributários – Bases Efetivas**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/bases-efetivas-new>. Acesso em: 06 jan. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7419/2006. **Projetos de Lei e Outras Proposições**, 2021b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=332450>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Suplementar Para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19. **PNSS COVID-19**, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnss-covid-19>. Acesso em: 24 jun. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei PL 1721/2015. **Projetos de Lei e Outras Proposições**, 2021d. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1299732>. Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Informações de saúde**. Rede Assistencial. [Brasília]: DATASUS, 2021e. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiutibr.def>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Portaria nº 21.562, de 30 de setembro de 2020. Institui o Programa de Retomada Fiscal no âmbito da cobrança da dívida ativa da União. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1 out. 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-21-562-de-30-de-setembro-de-2020-280525705>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 abr. 2020b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. PL 1998/2020. Autoriza e define a prática da telemedicina em todo o território nacional. **Projetos de Lei e Outras Proposições**, 2020c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2249925>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. PL 2394/2020. Autoriza, aos profissionais da área da saúde, o exercício da profissão à distância por meio de tecnologias. **Projetos de Lei e Outras Proposições**, 2020d. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2251583>. Acesso em: 13 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Receita Federal. **Gasto tributário**: conceito e critérios de classificação. Brasília: Ministério da Economia, 2019a. Disponível em: <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/sistema-tributario-de-referencia-str-v1-01.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Boletim mensal sobre os subsídios da União: deduções do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) de despesas médicas. **Boletim Mensal**, n. 9, jul. 2019b. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/boletim/09-boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-deducoes-do-imposto-de-renda-pessoa-fisica-de-despesas-medicas/view>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Boletim mensal sobre os subsídios da União: distribuição regional dos gastos tributários. **Boletim Mensal**, n. 12, out. 2019c. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/boletim/12-boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-distribuicao-regional-dos-gastos-tributarios/view>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor do poder executivo federal e do militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima, ativo ou inativo, de sua família e pensionistas e dá outras providências. Portaria nº 1, de 9 de março de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 mar. 2017a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.419, de 2006. Comissão especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, do Senado Federal, que "altera a Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", e apensados. **Projetos de Lei e Outras Proposições**, 2017b. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=node0ip7we57kprg1ive79e2i5qmm9586101.node0?codteor=1631646&filename=Tramitacao-PL+7419/2006](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0ip7we57kprg1ive79e2i5qmm9586101.node0?codteor=1631646&filename=Tramitacao-PL+7419/2006). Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. Cancelada discussão do parecer sobre mudanças em planos de saúde. **Agência Câmara de Notícias**, 29 nov. 2017c. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/549908-CANCELADA-DISCUSSAO-DO-PARECER-SOBRE-MUDANCAS-EM-PLANOS-DE-SAUDE.html>. Acesso em: 09 ago. 2018.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 dez. 2016a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 8, de 13 de janeiro de 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 14 jan. 2016b.

BRASIL. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; [...] altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, [...]; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 jan. 2015.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 29 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 jan. 2000a.

BRASIL. Lei nº 9.964, de 10 de abril de 2000. Institui o Programa de Recuperação Fiscal – Refis e dá outras providências, e altera as Leis nos 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.844, de 20 de janeiro de 1994. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2000b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19964.htm#:~:text=LEI%20No%209.964%2C%20DE%2010%20DE%20ABRIL%20DE%202000.&text=Institui%20o%20Programa%20de%20Recupera%C3%A7%C3%A3o,20%20de%20janeiro%20de%201994.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19964.htm#:~:text=LEI%20No%209.964%2C%20DE%2010%20DE%20ABRIL%20DE%202000.&text=Institui%20o%20Programa%20de%20Recupera%C3%A7%C3%A3o,20%20de%20janeiro%20de%201994.)

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 04 jun. 1998a.

BRASIL. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 08, de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 04 nov. 1998b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Relatório integrado 2020**. [S. l.]: Caixa Econômica Federal, 2020. Disponível em: [https://www.caixa.gov.br/Downloads/caixa-governanca/Relatorio\\_Integrado\\_Caixa\\_2020.pdf](https://www.caixa.gov.br/Downloads/caixa-governanca/Relatorio_Integrado_Caixa_2020.pdf). Acesso em: 05 jul. 2021.

CALAIS, B.; ANDRADE, J. Bilionários brasileiros da área da saúde são os que mais ganharam dinheiro durante a pandemia. **Forbes**, 05 fev. 2021. Disponível em: <https://forbes.com.br/forbes-money/2021/02/bilionarios-brasileiros-da-area-da-saude-sao-os-que-mais-ganharam-dinheiro-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 07 abr. 2021.

CARVALHO, E. M. C. L. **O crescimento das empresas de planos de saúde no Brasil**: as iniciativas de mudança na regulamentação do Congresso Nacional entre 2010 e 2018. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

CASTRO, J. Gastos com saúde de senadores e ex-senadores batem recorde em 2020. **Veja**, 17 maio 2021. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/maquiavel/gastos-com-saude-de-senadores-e-ex-senadores-batem-recorde-em-2020/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Uso de big data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 325-332, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200015>.

CNSEG. **Propostas do setor segurador brasileiro aos presidencialistas**. [S. l.]: CNSEG, 2018. Disponível em: [https://cnseg.org.br/data/files/E2/D0/EF/89/6A2AE610CC1DE2E63A8AA8A8/CNSRelatorioCartaPresidenciaisI\\_senhor\(a\)-210818-1\\_mr.pdf](https://cnseg.org.br/data/files/E2/D0/EF/89/6A2AE610CC1DE2E63A8AA8A8/CNSRelatorioCartaPresidenciaisI_senhor(a)-210818-1_mr.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. **Portaria Conjunta SEAE/SDE nº 50, de 1 de agosto de 2001**. Aprova o Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal. Brasília: CADE, 2001. Disponível em: <https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-do-cade/guia-para-analise-de-atos-de-concentracao-horizontal.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2021.

CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Relatório de avaliação: dedução das despesas médicas do IRPF. Ciclo 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/subsidios/relatorio-de-avaliacao-cmas-2020-deducacao-despesas-medicas>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CNJ. Resolução nº 294 de 18 de dezembro de 2019. Regulamenta o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário. **Diário de Justiça Eletrônico Nacional**: seção 1, Brasília, DF, n. 263, p. 19-21, 19 dez. 2019a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3129>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Instituto de ensino e pesquisa (INSPER). Brasília: CNJ, 2019b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em 06 maio 2021.

CNJ. Judicialização da saúde: iniciativas do CNJ são destacadas em seminário no STJ. **Notícias CNJ**, 22 maio 2018. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/judicializacao-da-saude-iniciativas-do-cnj-sao-destacadas-em-seminario-no-stj/>. Acesso em: 09 ago. 2018.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. [S. l.], Graal, 1984. 175 p.

COSTA, M. Setor de Saúde concentrou mais de 60 fusões e aquisições em 2020 no Brasil. **Veja**, 04 mar. 2021. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/radar-economico/setor-de-saude-concentrou-mais-de-60-fusoes-e-aquisicoes-em-2020-no-brasil/>. Acesso em: 02 abr. 2021. Acesso em: 10 jul. 2021.

COSTA, D. C. A. R. *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. esp. 4, Covid-19: conhecer para enfrentar os desafios futuros, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/232-247/>. Acesso em: 24 jun. 2021.

FENASAÚDE. Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros. **FenaSaúde**, 2019a. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/noticias/uma-nova-saude-suplementar-para-mais-brasileiros.html>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FENASAÚDE. FenaSaúde promove debate sobre Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar. **FenaSaúde**, 2019b. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/noticias/fenasaude-promove-debate-sobre-atencao-primaria-a-saude-na-saude-suplementar.html>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FORBES. Hapvida e Notre Dame finalizam acordo de fusão que pode criar o maior conglomerado de saúde do país. **Forbes Money**, 28 fev. 2021. Disponível em: <https://forbes.com.br/forbes-money/2021/02/hapvida-e-notre-dame-finalizam-acordo-de-fusao-que-pode-criar-o-maior-conglomerado-de-saude-do-pais/>. Acesso em: 03 abr. 2021.

FORBES. Qualicorp tem lucro líquido de R\$ 126,7 milhões no 2º trimestre. **Forbes Money**, 26 ago. 2020. Disponível em: <https://forbes.com.br/forbes-money/2020/08/qualicorp-tem-lucro-liquido-de-r-1267-milhoes-no-2o-trimestre/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

FGV. Análise do setor de planos de saúde. **FGV Direito**, 2019a. Disponível em: <https://diretorio.fgv.br/curso/analise-do-setor-de-planos-de-saude>. Acesso em: 07 jan. 2019.

FGV. A saúde suplementar na visão do STJ. **FGV Projetos**, 2019b. Disponível em: <https://fgvprojetos.fgv.br/eventos/saude-suplementar-na-visao-do-stj>. Acesso em: 07 jan. 2019.

GADELHA, C. A. G. Os desafios de uma tecnologia que sirva ao humano e não que se sirva do humano. Entrevista. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, FAPERGS, v. 19, n. 544, p. 8-15, nov. 2019. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao544.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GIMENES, R. Hapvida e NotreDame buscam lançar planos mais acessíveis após a fusão. **Veja**, 1 mar.2021. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/economia/hapvida-e-notredame-buscam-lancar-planos-mais-acessiveis-apos-a-fusao/>. Acesso em: 02 abr. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, p. e00178619, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE (GEPS). Planos de saúde “falsos coletivos”: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2020). **GEPS**, jan. 2021. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>. Acesso em: 31 mar. 2021.

GRUPO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE EMPRESARIAMENTO NA SAÚDE (GPDES); GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE (GEPS). **Recursos para o enfrentamento da COVID-19**: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual. Rio de Janeiro: GPDES, 2020. (Nota Técnica GPDES/UFRJ e GEPS/USP). Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/11/recursos-para-o-enfrentamento-da-covid-19-orcamento-leitos-respiradores-testes-e-equipamentos-de-protecao-individual/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

HAJE, L. Proposta para alterar lei sobre planos de saúde poderá ser apresentada em um mês. **Agência Câmara de Notícias**, 20 jun. 2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/536582-PROPOSTA-PARA-ALTERAR-LEI-SOBRE-PLANOS-DE-SAUDE-PODERA-SER-APRESENTADA-EM-UM-MES.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

HOLLANDA, A. I. C. **Análise dos processos de aquisições, fusões e cisões de grupos hospitalares e empresas de planos e seguros de saúde dos últimos 10 anos (2008 a 2018)**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

IBGE. **IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo**. Brasil: 2006-2021. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.

IDEC. Câmara dos Deputados pode aprovar a toque de caixa nova lei dos planos de saúde. **IDEC**, 27 jun. 2017a. Disponível em: <http://www.idec.org.br/ckfinder/userfiles/files/Manifesto%20-%20Reforma%20Lei%20de%20Planos%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

IDEC. A falsa coletivização de contratos nos planos de saúde. Joana Cruz. **IDEC**, 29 set. 2017b. Disponível em: <https://idec.org.br/em-acao/artigo/a-falsa-coletivizacao-de-contratos-nos-planos-de-saude>. Acesso em: 08 ago. 2018.

INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Coalizão Saúde Brasil**: uma agenda para transformar o sistema de saúde. São Paulo: [ICOS], 2018. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Proposta para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: [ICOS], 2016. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao\\_Brochura.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdf). Acesso em: 03 maio 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - IESS. O IESS. **IESS**, 2021. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=sobre>. Acesso em: 21 jun. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - IESS. Estudos especiais: pesquisa IESS/IBOPE. **IESS**, 2015. Disponível em: [https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=730&id\\_tipo=15](https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=730&id_tipo=15). Acesso em: 06 jan. 2019.

INSTITUTO D'OR DE PESQUISA E ENSINO - IDOR. Conheça o IDOR. **Rede D'Or São Luiz**, 2021. <https://www.rededorsaoluiz.com.br/instituto/idor/o-instituto/conheca-o-idor>. Acesso em: 02 abr. 2021.

JANARY JÚNIOR. Proibição de capital estrangeiro na assistência à saúde é aprovada em comissão. **Agência Câmara de Notícias**, 14 jun. 2018. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/540367-proibicao-de-capital-estrangeiro-na-assistencia-a-saude-e-aprovada-em-comissao/>. Acesso em: 08 abr. 2021.

LABOISSIÈRE, P. Ministro defende plano de saúde popular para aliviar gastos com o SUS. **Agência Brasil**, 06 jul. 2016. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/ministro-defende-plano-de-saude-popular-para-aliviar-gastos-com-o-sus>. Acesso em: 19 abr. 2021.

LEAL, R. M. **O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde**. 2014. 296 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, S. M. L. *et al.* Regulação dos serviços de radioterapia e quimioterapia pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, 2014.

LISBOA, A. S. **A inserção da Medicina de Família e Comunidade em empresas de planos privados de saúde no Brasil**. 2020. 141 f. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

MALDONADO, J. *et al.* A dinâmica inovativa do subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, supl. 1, p. 29-36, dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700005>.

MALDONADO, J. **O complexo econômico-industrial da saúde e a sustentabilidade do SUS**. [Disciplina]. Apresentação. 31 out. 2019. [S. l.: s. n.], 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MASSUDA, A.; TASCA, R.; MALIK, A. M. Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à COVID-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. esp. 4, Covid-19: conhecer para enfrentar os desafios futuros, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/saude-em-debate-v-44-n-especial-4-covid-19-conhecer-para-enfrentar-os-desafios-futuros/>. Acesso em: 24 jun. 2021.

MATOS, J. B. B. **Três ou quatro tônicas e uma onda: mapeamento de cenário e prospecção de ações regulatórias para o campo da saúde suplementar no decênio 2019- 2028**. 2019. 110 f. Relatório (Pós-Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

MÁXIMO, W. Caixa reduz juros em 42% para santas casas e hospitais filantrópicos. **Agência Brasil**, 18 mar. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-03/caixa-reduz-juros-em-42-para-santas-casas-e-hospitais-filantropicos>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>.

MOTTA, R. Tribunal de São Paulo aumenta margem para reembolso de despesas médicas de magistrados e gasto mensal pode bater R\$ 7 milhões. **Estadão**, 14 jan. 2022. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/tribunal-de-sao-paulo-aumenta-margem-para-reembolso-de-despesas-medicas-de-magistrados/>. Acesso em: 07 fev. 2022.

MUNIZ, M. Judicialização da saúde resultou em 1,5 milhão de processos em 2017. **Conselho Nacional De Justiça**, 12 dez. 2017. Disponível em: <https://www.jota.info/justica/processos-sobre-judicializacao-da-saude-chegam-15-milhao-em-2017-12122017>. Acesso em: 09 ago. 2018.

OBSERVATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR. **Foram julgadas mais de 16 mil ações judiciais contra planos de saúde São Paulo no primeiro semestre de 2018**. [S. l.: s. n.], 2018. 8 p.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. **Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil**: eliminar, reduzir ou focalizar? Brasil em desenvolvimento 2014: Estado, planejamento e políticas públicas: Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3586>. Acesso em: 01 jun. 2021.

OCKÉ-REIS, C. O. Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde: 2003-2011. **Nota Técnica IPEA**, n. 5, maio 2013. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/130528\\_notatecnicadiest05.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/130528_notatecnicadiest05.pdf). Acesso em: 10 jan. 2019.

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. Descrição do Gasto Tributário em Saúde - 2003 a 2015. **Nota Técnica IPEA**, n. 48, abr. 2018. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8586/1/NT\\_48\\_Disoc\\_Descri%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8586/1/NT_48_Disoc_Descri%C3%A7%C3%A3o.pdf). Acesso em: 01 jun. 2021.

PAULA, P. Rede D'Or transforma Beneficência Portuguesa em complexo de assistência médica, ensino e pesquisa. Patrícia de Paula. **O Globo Zona Sul**, 05 out. 2017. Disponível em: <https://www.rededorsaoluiz.com.br/instituto/idor/novidades/rede-dor-transforma-beneficencia-portuguesa-em-complexo-de-assistencia-medica-ensino-e-pesquisa>. Acesso em: 02 abr. 2021.

PIOLA, S. F. *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H. M.; RIBEIRO, J. A. C. **Tributação e equidade no Brasil**: um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9114/1/GastoTrib\\_Cap8.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9114/1/GastoTrib_Cap8.pdf). Acesso em: 01 jun. 2021.

PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 340 p.

PORTELA, M. C. *et al.* **Nota técnica 2:** As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42249/2/nt\\_2\\_portela\\_et\\_al\\_regioes\\_de\\_saude\\_e\\_a\\_capacidade\\_instalada\\_de\\_leitos\\_de\\_uti\\_e\\_equipamentos\\_na\\_covid-19.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42249/2/nt_2_portela_et_al_regioes_de_saude_e_a_capacidade_instalada_de_leitos_de_uti_e_equipamentos_na_covid-19.pdf). Acesso em: 01 jul. 2021.

QUALICORP compra 75% da Plural Saúde em transação milionária. **Plural Saúde**, 18 nov. 2020. Disponível em: <https://www.pluralsaude.com.br/dicas-e-noticias/qualicorp-compra-75-da-plural-saude-em-transacao-milionaria/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

REIS, V.; QUARESMA, F. Mario Scheffer e Ligia Bahia participam de debate sobre a Lei nº 9.656/98 dos planos de saúde. **ABRASCO**, 04 jul. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinioao/mario-scheffer-e-ligia-bahia-participam-de-debate-sobre-lei-no-9-65698-dos-planos-de-saude/29434/>. Acesso em: 08 ago. 2018.

SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500012>.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>.

SAÚDE BUSINESS. Banco do Brasil tem linha de crédito especial para hospitais credenciados no SUS. **Saúde Business**, 18 fev. 2009. Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/gesto/banco-do-brasil-tem-linha-de-credito-especial-para-hospitais-credenciados-no-sus>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SAYD, P. D. **Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde**. 2003. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4699/2/565.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2014.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Ed. Unesp, 2010.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 663-666, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>.

SEGATTO, C. Planos de saúde investem em médicos de família. **Revista Época**, 18 set. 2017. Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/noticia/2017/09/planos-de-saude-investem-em-medicos-de-familia.html>. Acesso em: 01 maio 2021.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM DO COOPERATIVISMO NO ESTADO DE SÃO PAULO - SESCOOP/SP. Fesp inicia projeto de atenção primária à saúde com apoio do Sescoop/SP. **SESCOOP/SP**, 2017. Disponível em: <https://www.sescoopsp.org.br/default.php?p=noticias.php&id=5621>. Acesso em: 15 maio 2021.

SESTELO, J. A. F. **Planos de saúde e dominância financeira**. Salvador: EDUFBA, 2018. 397p.

SESTELO, J. A. F. *et al.* A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e Sociedade**, v. 26, n. esp., p. 1097-1126, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3533.2017v26n4art10>.

SOBRINHO, W. P. Mesmo com plano de saúde, deputados reembolsaram R\$ 16 milhões desde 2019. **UOL Notícias**, 15 jun. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/06/15/deputados-reembolsos-gastos-medicos.htm>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SOUZA, P. M. S. **A financerização: o capital estrangeiro nas empresas de planos de saúde, de diagnóstico e de hospitais**. 2019. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

STF. ADI 5435 - processo eletrônico. **STF**, 2021. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4904582>. Acesso em: 08 abr. 2021.

STF. Ampliação de capital estrangeiro no setor de saúde é objeto de ADI. **Notícias STF**, 2015. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=307185>. Acesso em: 09 ago. 2018.

TESOURO NACIONAL. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. [Brasília]: Tesouro Nacional, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br/importacao-arquivos/AspectosFiscaisSa-C3-BAde2018.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

TOLEDO, M. ANS revoga resolução sobre franquias e coparticipação em plano de saúde. **Agência Brasil**, 30 jul. 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-07/ans-revoga-resolucao-sobre-franquia-e-coparticipacao-em-plano-de-saude>. Acesso em: 09 ago. 2018.

TRETTEL, D. B.; KOZAN, J. F.; SCHEFFER, M. C. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 1, p. 166-187, mar./jun. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133>. Acesso em 10 ago. 2018.

UNIDAS. Integraunidas debate o papel da APS na pandemia. **Unidas**, 2021. Disponível em: <https://unidas.org.br/1o-integraunidas-debate-o-papel-da-aps-na-pandemia/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

UNIMED GUARULHOS. Coordenador do NAPS da Unimed Guarulhos fará parte da Implantação de Atenção Primária nas Unimeds do Estado de São Paulo. **UNIMED Guarulhos**, 2016. Disponível em: [http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=49146&cd\\_secao=49125&cd\\_materia=402025](http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49125&cd_materia=402025). Acesso em: 30 mar. 2021.

UNIMED NOROESTE RS. Modelo de atenção primária à saúde inova ao valorizar paciente em sua integralidade. **UNIMED Noroeste RS**, 2015. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/web/noroesters/noticias/modelo-de-atencao-primaria-a-saude-inova-ao-valorizar-paciente-em-sua-integralidade>. Acesso em: 30 mar. 2021.

UNIMED PARANÁ. Unimed Paraná reformula Projeto APS: Federação amplia escopo de projeto para ajudar as Singulares nos processos de implantação. **UNIMED Paraná**, 2016. Disponível em: [http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd\\_canal78876&cd\\_secao=79047](http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal78876&cd_secao=79047). Acesso em: 30 mar. 2021.

UNIMED LITORAL. Unimed Litoral é a primeira operadora no Brasil a receber a certificação em Atenção Primária à Saúde. **UNIMED Litoral**, 2021. Disponível em: <https://site.unimedlitoral.com.br/2021/06/15/unimed-litoral-e-a-primeira-operadora-no-brasil-a-receber-a-certificacao-em-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

VALOR ECONÔMICO. Qualicorp: Lucro líquido avança 224% no 4º tri, para R\$ 61,4 milhões. **Valor Econômico**, 30 mar. 2016. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2016/03/30/qualicorp-lucro-liquido-avanca-224-no-4o-tri-para-r-614-milhoes.ghtml>. Acesso em: 30 mar. 2021.

## **7 CRISE ECONÔMICA E DISPARIDADES NO GASTO, OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO ENTRE 2011 e 2019 <sup>15</sup>**

### **RESUMO**

Buscou-se analisar as repercussões da crise econômica sobre os setores público e privado do sistema de saúde brasileiro e realizar uma análise de tendência de indicadores econômicos e assistenciais, elaborados a partir de dados secundários de fontes públicas oficiais, relacionados ao gasto, ao desempenho econômico de planos e seguros de saúde, à oferta e utilização de serviços. Os resultados demonstraram estagnação do gasto público em saúde, redução do gasto público per capita e do acesso aos serviços públicos de saúde. Contrariamente, em um contexto de queda da renda e do emprego, os planos de saúde mantiveram clientes, ampliaram receitas, a produção assistencial e os lucros. O desempenho positivo das empresas, antes e depois da crise, pode ser explicado pela tendência de manutenção de subsídios públicos para o setor privado e pelas estratégias empresariais financeirizadas. Conclui-se que a atuação do Estado brasileiro durante a crise aprofundou a restrição de recursos ao setor público e favoreceu a expansão dos serviços privados, o que contribuiu para aumentar a discrepância no acesso a serviços públicos e privados de saúde no país.

Palavras-chave: Sistemas Públicos de Saúde - Seguro Saúde - Acesso aos Serviços de Saúde - Orçamentos - Recessão Econômica

---

<sup>15</sup> Artigo publicado na revista Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume 38, número 10, out. 2022.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT262221>.

## INTRODUÇÃO

A crise econômica tornou concreto o debate sobre a sustentabilidade financeira de sistemas de saúde. A repercussão da crise mundial, iniciada em 2008 nos Estados Unidos e intensificada no Brasil nos últimos anos, tornou-se objeto de estudos sobre os efeitos das políticas macroeconômicas nos sistemas de saúde, especialmente quanto aos orçamentos públicos.

No Brasil, o gasto com saúde como percentual do PIB é compatível com o dos países da OCDE<sup>1</sup>, mas predomina o financiamento privado. Embora o país possua um sistema universal, o gasto público representava, em 2019, apenas 41% do total (incluindo gastos com assistência não-SUS a servidores, com participação dos três entes federados), sendo o restante composto por pré-pagamento de planos e seguros voluntários (31%) e o desembolso direto (28%)<sup>2</sup>. Há, portanto, uma presença destacada de planos de saúde, estimulada por políticas públicas, que se conectam com um grande setor privado prestador de serviços.

A expansão das políticas de saúde dos países tende a acompanhar o crescimento econômico, declinar em momentos de crise econômica e recessão, especialmente em função de medidas de austeridade fiscal<sup>3</sup>, adotadas justamente quando famílias são atingidas pela queda do poder aquisitivo e outros fatores sociais que provocam aumento das necessidades de saúde e a demanda por serviços públicos, além de reforçar a privatização e a mercantilização da saúde<sup>4,5</sup>.

A resposta de muitos governos aos efeitos da crise trouxe a austeridade de volta ao primeiro plano nas discussões sobre política econômica. Entre a possibilidade de redução do déficit pelo aumento dos impostos ou pelo corte de gastos, a segunda opção foi predominante e recaiu essencialmente sobre o gasto social<sup>6</sup>.

As políticas adotadas para o enfrentamento da recessão tiveram diferentes desdobramentos sobre orçamentos e ações de saúde pública. Alguns países preservaram padrões históricos, como a França, ou expandiram o gasto público *per capita* com saúde em resposta à crise, como Alemanha e EUA. No Reino Unido, houve redução no ritmo de crescimento dos orçamentos públicos para saúde relativamente ao período pré-recessão. Espanha, Itália e Portugal apresentaram estagnação do gasto público *per capita*. Aqueles que aderiram à austeridade fiscal e reduziram seus orçamentos para a saúde, como Grécia e Irlanda<sup>1</sup>, tiveram como consequências a restrição do acesso<sup>6,7</sup>. O Brasil situou-se entre os países que cortaram gastos sociais, com impacto sobre o financiamento da saúde<sup>8,9</sup>.

### *As especificidades da crise brasileira*

A crise de 2008 refletiu-se na economia brasileira através da contração do crédito, queda no preço das commodities e desvalorização do real diante do dólar, evidenciando o padrão de especialização em bens de baixo teor tecnológico e o caráter dependente de nossa integração à economia mundial<sup>10</sup>. A retração da demanda agregada provocou dois trimestres consecutivos de queda do PIB em 2009. O governo concentrou medidas emergenciais na manutenção do consumo das famílias e da liquidez das empresas, por meio de crédito, investimentos estatais e programas sociais<sup>8</sup>.

Os efeitos imediatos da crise de 2008 não foram sentidos no Brasil com a mesma intensidade de outros países. A economia brasileira manteve-se sob os efeitos do ciclo de crescimento anterior. O período de 2004 a 2010 caracterizou-se pela combinação de condições externas favoráveis e arranjo macroeconômico indutor da demanda<sup>8</sup>. Ressalta-se fatores como a alta nos preços de commodities; políticas de transferência de renda, valorização do salário mínimo<sup>11</sup> e estímulo ao consumo das famílias<sup>12</sup>. A economia brasileira manteve a rota de crescimento até as eleições de 2010. A partir de então, a priorização de renúncias fiscais e a corrosão dos fatores que sustentaram o ciclo de crescimento prévio levou à desaceleração econômica entre 2011 e 2014<sup>8</sup>.

Por essa razão, a dinâmica da crise no Brasil foi distinta da internacional e esteve condicionada pelo esgotamento do ciclo de crescimento<sup>13</sup>. Adota-se aqui a periodização elaborada por outras análises, que consideram que a recessão começa no último trimestre de 2014 e é evidenciada na análise de indicadores econômicos a partir de 2015<sup>14</sup>. O período subsequente caracteriza-se por grande turbulência política, provocando mudanças em políticas macroeconômicas e reformas na legislação relacionada ao gasto público e ao orçamento da saúde<sup>8</sup>.

A literatura demonstra as disparidades entre o público e o privado<sup>15</sup> e os impactos da crise econômica nas condições de saúde, no financiamento<sup>16</sup> e na oferta de recursos humanos<sup>17</sup>. Especificamente quanto ao impacto da crise no acesso aos serviços de saúde, a produção científica nacional é mais escassa e tende a focalizar a avaliação em recortes regionais<sup>18</sup>, por área de atenção<sup>19</sup> ou a utilização de serviços a partir de dados autorreferidos<sup>20</sup>. Há carência de estudos sobre os impactos da crise e dos cortes financeiros no SUS nos indicadores e serviços de saúde no que se refere ao acesso e efetividade<sup>18</sup>. Os efeitos da crise nos planos de saúde são pouco explorados e enfatizam a cobertura de clientes<sup>21</sup>.

Buscando compreender as repercussões da crise econômica sobre os setores público e privado do sistema de saúde brasileiro, este estudo analisa tendências de indicadores

econômicos e assistenciais relacionados ao gasto, ao desempenho econômico de planos privados de saúde, à oferta e utilização de recursos assistenciais, no período anterior e a partir da crise.

## MÉTODOS

O artigo se apoia em uma análise da tendência de indicadores econômicos e assistenciais, relacionados aos setores público e privado de saúde, a partir de dados secundários disponíveis em fontes públicas oficiais. Foram utilizados indicadores do financiamento público e do desempenho de planos de saúde, bem como da produção e oferta de recursos assistenciais.

As tendências foram delimitadas de forma a analisar os efeitos da crise econômica no sistema de saúde em dois períodos: pré-crise de 2011 a 2014, e a partir da crise, de 2014 a 2019.

Para o financiamento do SUS, considerou-se indicadores do gasto público com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) por nível de governo (Federal, Estadual e Municipal), o gasto *per capita* e os gastos tributários com saúde, que constituem despesas públicas indiretas do governo, baseadas em isenções ou abatimentos de impostos e outros tributos sobre assistência médica privada financiada por indivíduos e empregadores.

Gastos federais foram obtidos do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) do Governo Federal<sup>22</sup>. Estaduais e municipais foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)<sup>23</sup>. O gasto público total representa a soma dos três níveis. Os gastos *per capita* foram calculados dividindo o total pelas respectivas estimativas da população brasileira para 1º de julho de cada ano analisado, com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>24,25</sup>. Os gastos tributários com saúde tiveram como fontes os Demonstrativos de Gastos Tributários - Bases Efetivas do Ministério da Economia<sup>26</sup>, nos quais foram selecionadas as rubricas “Despesas Médicas”, do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), e “Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados”, do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ).

Para as empresas de planos de saúde, foram analisadas receitas e despesas assistenciais, totais e *per capita*, divulgadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>27</sup>. Os valores *per capita* foram calculados pelo número de beneficiários em junho de cada ano. Com a finalidade de apreender o desempenho econômico das empresas de planos de saúde foram calculados um indicador de lucratividade, a margem líquida – definida como a razão entre

lucro líquido e a receita líquida –, e um de rentabilidade, o retorno sobre capital próprio – definido como a razão entre lucro líquido e o patrimônio líquido ou social<sup>28</sup> –, a partir das Demonstrações Contábeis da ANS<sup>27</sup>.

Todos os valores monetários foram deflacionados para Reais de 31/12/2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)<sup>24,25</sup>. As análises longitudinais (horizontais) e proporcionais (verticais) foram realizadas com dados deflacionados.

Os indicadores da oferta pública e privada contemplaram as seguintes informações: leitos de internação, leitos de internação por 1.000 habitantes, leitos complementares (UTI neonatal/pediátrica e UTI adulto), tomógrafos computadorizados e aparelhos de ressonância magnética (absoluto e por 100.000 habitantes). Os dados foram obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>29</sup>. As informações sobre número de leitos foram organizadas em duas categorias – “SUS” e “Não SUS”, sendo estes últimos considerados como disponíveis para os planos de saúde. Com relação aos equipamentos, utilizou-se a categoria “Disponíveis SUS” e criada a categoria “Não SUS”, calculada a partir da subtração das categorias “Em uso” e “Disponíveis SUS”. Os dados anuais foram calculados pela média da oferta nos doze meses de cada ano.

Os indicadores de produção de serviços de saúde foram baseados em dados sobre internações, consultas, procedimentos quimioterápicos e radioterápicos. Os indicadores utilizados foram Taxa de internação geral por 1000 habitantes, Número de consultas médicas ambulatoriais e por pessoa, Quantidade de procedimentos radioterápicos por 1000 habitantes e Quantidade de procedimentos quimioterápicos por 1000 habitantes. Para calcular a produção por habitantes, os números absolutos foram relativizados pelo potencial de usuários do SUS, considerado de duas formas: o total da população brasileira segundo o IBGE e o total subtraído do número de clientes de plano de saúde em cada ano, a fim de identificar a quantidade de potenciais usuários do SUS. Embora os clientes de planos de saúde também possam ser atendidos no sistema público, a exclusão dessa parcela da população nos denominadores pode sinalizar diferenças nos resultados dos indicadores de produção e oferta.

Os dados de produção de serviços públicos foram retirados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)<sup>30</sup> e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)<sup>31</sup>. Com relação aos planos de saúde, foram usados dados extraídos dos mapas assistenciais da ANS e relativizados pelo número de clientes de planos em junho de cada ano<sup>27</sup>. Em relação à quimioterapia foram considerados os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, disponíveis no SIA, no SIH e no mapa assistencial. A Radioterapia Megavoltagem nos planos de saúde foi comparada à

Radioterapia com acelerador linear de fótons e Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons no SUS.

Por fim, o valor médio por internação no SUS despendido pelo governo federal foi extraído do SIH<sup>31</sup> e nos planos de saúde, do mapa assistencial da ANS<sup>27</sup>. O cálculo foi obtido por meio da razão entre o valor gasto com internações e o número de internações em cada ano.

## RESULTADOS

### *Gasto público em saúde*

A tabela 1 mostra os gastos públicos com ASPS por nível de governo de 2011 a 2019. No período de crise, o gasto público com saúde no Brasil sofreu pequenas flutuações. Considerando o coeficiente de uma regressão linear em cada período, verificou-se que as *taxas médias de crescimento anual* variaram de 4,3% no período 2011-2014 para 0,7% no período 2014-2019. A participação da União vem sendo reduzida ao longo da série estudada, passando de 45,3%, em 2011, a 42,4% em 2014 e chegando a 42,2% em 2019. A parcela dos estados e Distrito Federal se manteve em torno de 26% no mesmo período, enquanto os municípios parecem ter absorvido a redução do governo federal, passando de 28,8%, em 2011, para 31,6% em 2019 (Tabela 1).

O gasto *per capita* incluindo toda a população apresentou variação média anual de 2,31% entre 2011-2014, atingindo R\$1.610 neste ano. A partir da crise, o gasto cai para R\$1.587 por pessoa em 2019 (quando excluídos os clientes de plano de saúde, R\$2.044) (Tabela 1).

Quanto ao gasto tributário federal com saúde no Brasil, que representa o valor que o governo federal deixa de arrecadar a partir da dedução das despesas em saúde no Imposto de Renda dos contribuintes, tanto os gastos com despesas médicas (pessoa física) como os de assistência a empregados (pessoa jurídica), aumentaram entre 2011-2014. A partir da crise, ambas continuam a crescer, embora as deduções individuais tenham crescido mais do que no período anterior (em média, 6,5% por ano), enquanto as empresariais cresceram menos (em média, 4,8% ao ano).

Destaca-se que, em 2019, as deduções no Imposto de Renda foram de R\$ 20,9 bilhões para pessoas físicas e de R\$7,9 bilhões para jurídicas (Tabela 1). A soma dos dois subsídios equivalia a 6,9% do gasto público total com saúde em 2014 e a 8,6% deste total em 2019. Observa-se, no período pós-crise, menor variação anual média do gasto público total e

*per capita*, e maior variação no gasto tributário federal total, principalmente por conta das deduções no IRPF.

**Tabela 1. Gasto público com saúde e gasto tributário, em valores absolutos e *per capita* – Brasil, 2011-2019. Em R\$ de 2021 (Deflator: IPCA)**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variação anual média (%) <sup>(*)</sup>	
										2011-14	2014-19
<b>1. Gasto Público com Saúde Pública<sup>(1)</sup> (R\$ bilhões)</b>											
Federal	130,1	136,0	133,2	138,5	136,3	136,1	142,8	140,2	140,7	1,7	0,6
Estados e DF	74,6	76,3	83,6	86,4	82,6	81,3	85,4	85,9	87,4	5,5	0,6
Municípios	82,7	88,4	96,1	101,6	98,4	100,6	102,8	101,6	105,4	7,2	0,9
<b>Total</b>	<b>287,5</b>	<b>300,7</b>	<b>313,0</b>	<b>326,5</b>	<b>317,3</b>	<b>318,1</b>	<b>331,1</b>	<b>327,6</b>	<b>333,4</b>	<b>4,3</b>	<b>0,7</b>
<b>Participação dos níveis da federação no total (%)</b>											
Federal	45,3	45,2	42,6	42,4	43,0	42,8	43,1	42,8	42,2	-	-
Estados e DF	26,0	25,4	26,7	26,5	26,0	25,6	25,8	26,2	26,2	-	-
Municípios	28,8	29,4	30,7	31,1	31,0	31,6	31,1	31,0	31,6	-	-
<b>2. Gasto Tributário Federal<sup>(2)</sup> (R\$ bilhões)</b>										<b>2011-14</b>	<b>2014-19</b>
IRPF - Despesas Médicas	13,9	14,9	15,3	16,0	15,8	16,9	18,8	20,2	20,9	4,7	6,5
IRPJ - Assist. Méd., Odont. e Farmac. a Empregados	5,3	5,7	6,5	6,5	6,1	6,3	6,9	7,4	7,9	7,9	4,8
<b>Total</b>	<b>19,2</b>	<b>20,6</b>	<b>21,8</b>	<b>22,5</b>	<b>21,9</b>	<b>23,2</b>	<b>25,6</b>	<b>27,5</b>	<b>28,8</b>	<b>5,6</b>	<b>6,0</b>
<b>3. Gasto <i>per capita</i> (R\$/pessoa)</b>										<b>2011-14</b>	<b>2014-19</b>
Gasto público/hab.	1.494	1.551	1.557	1.610	1.552	1.543	1.594	1.571	1.587	2,31	-0,01
Gasto público/hab. exc. clientes de planos de saúde	1.960	2.047	2.051	2.137	2.056	2.015	2.065	2.030	2.044	2,66	-0,68
Gasto tributário federal total com saúde/hab.	99,6	106,0	108,2	111,2	107,2	112,6	123,5	132,0	136,9	3,56	5,23

\* Variação média anual considerando o coeficiente angular de uma reta de tendência gerada por regressão linear.

(1) Gasto público com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) – valores empenhados.

(2) Gasto Tributário Federal – Bases Efetivas – Imposto de Renda de Pessoa Física e Jurídica – Despesas com saúde.

(3) Os valores monetários foram deflacionados para Reais de 31 de dezembro de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)<sup>24,25</sup>.

Fontes: Elaboração própria a partir de informações extraídas do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) do Governo Federal<sup>22</sup> e do SIOPS<sup>23</sup>, das projeções da população brasileira do IBGE<sup>24,25</sup>, dos Demonstrativos de Gastos Tributários - Bases Efetivas do Ministério da Economia<sup>26</sup> e dos números de clientes de planos de saúde disponíveis no sítio eletrônico da ANS<sup>27</sup>.

### *Receitas de Empresas de Planos de Saúde*

A tabela 2 mostra o volume de recursos mobilizados por empresas de planos de saúde no Brasil. No período anterior à crise, as despesas assistenciais apresentaram maior

crescimento médio anual (8,9%) do que as receitas provenientes de contraprestações (8,2%). Já no período de crise, as receitas passaram a apresentar maior crescimento anual (5,4%) em relação às despesas assistenciais (4,9%). Constata-se que as empresas de plano de saúde conseguiram aumentar suas receitas durante a crise. As despesas assistenciais *per capita* apresentaram crescimento, com maior variação anual média no período de crise (6,5%), alcançando R\$4.269 por cliente em 2019.

Os indicadores de lucratividade e rentabilidade calculados indicam uma clara trajetória de piora até 2013 e melhora a partir de 2014, isso é, antes mesmo do início do período considerado de crise. Embora indicadores contábeis também devam ser comparados com outros setores, a evolução ao longo do tempo mostra inequívoca maior capacidade de gerar lucros frente às receitas e ao patrimônio das empresas do setor, com variações anuais médias maiores no período de crise econômica em comparação ao período anterior (Tabela 2).

**Tabela 2. Receitas de Contraprestações e Despesas Assistenciais totais do setor de Planos de Saúde e média da Rentabilidade sobre o Patrimônio do setor – Brasil, 2011-2019.**  
**Em R\$ de 2021 (Deflator: IPCA)**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variação anual média (%) <sup>(*)</sup>	
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2011-14	2014-19
<b>1. Receitas e Despesas - planos de saúde<sup>(1)</sup> (R\$ bilhões)</b>											
Receitas de Contraprestações	152,5	162,8	176,3	192,6	197,1	209,2	225,2	236,9	245,5	8,2	5,4
Despesas Assistenciais	123,8	136,1	145,8	160,5	163,6	175,7	187,4	193,7	200,8	8,9	4,9
<b>2. Gastos <i>per capita</i> (R\$/pessoa)</b>										<b>2011-14</b>	<b>2014-19</b>
Despesas assistenciais de planos por clientes	2.710	2.895	3.010	3.210	3.264	3.641	3.961	4.111	4.269	5,6	6,5
<b>3. Lucratividade e rentabilidade – planos de saúde (%)</b>										<b>2011-14</b>	<b>2014-19</b>
Margem Líquida <sup>(2)</sup>	3,9	3,2	1,8	2,7	2,9	4,2	4,3	4,8	5,9	2,8	4,2
Rentabilidade do Patrimônio Líquido/Social <sup>(3)</sup>	11,2	9,5	5,8	9,5	10,4	14,0	12,6	13,2	15,1	9,0	12,8

\* Variação média anual considerando o coeficiente angular de uma reta de tendência gerada por regressão linear.

(1) Receitas de Contraprestações e Despesas Assistenciais de operadoras de planos e seguros de saúde (ANS).

(2) Resultado Líquido/Receita de Contraprestações

(3) Resultado Líquido/Patrimônio Líquido ou Social

(4) Os valores monetários foram deflacionados para Reais de 31 de dezembro de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)<sup>24,25</sup>.

Fontes: Elaboração própria a partir de dados e demonstrações contábeis extraídos do sítio eletrônico da ANS<sup>27</sup>.

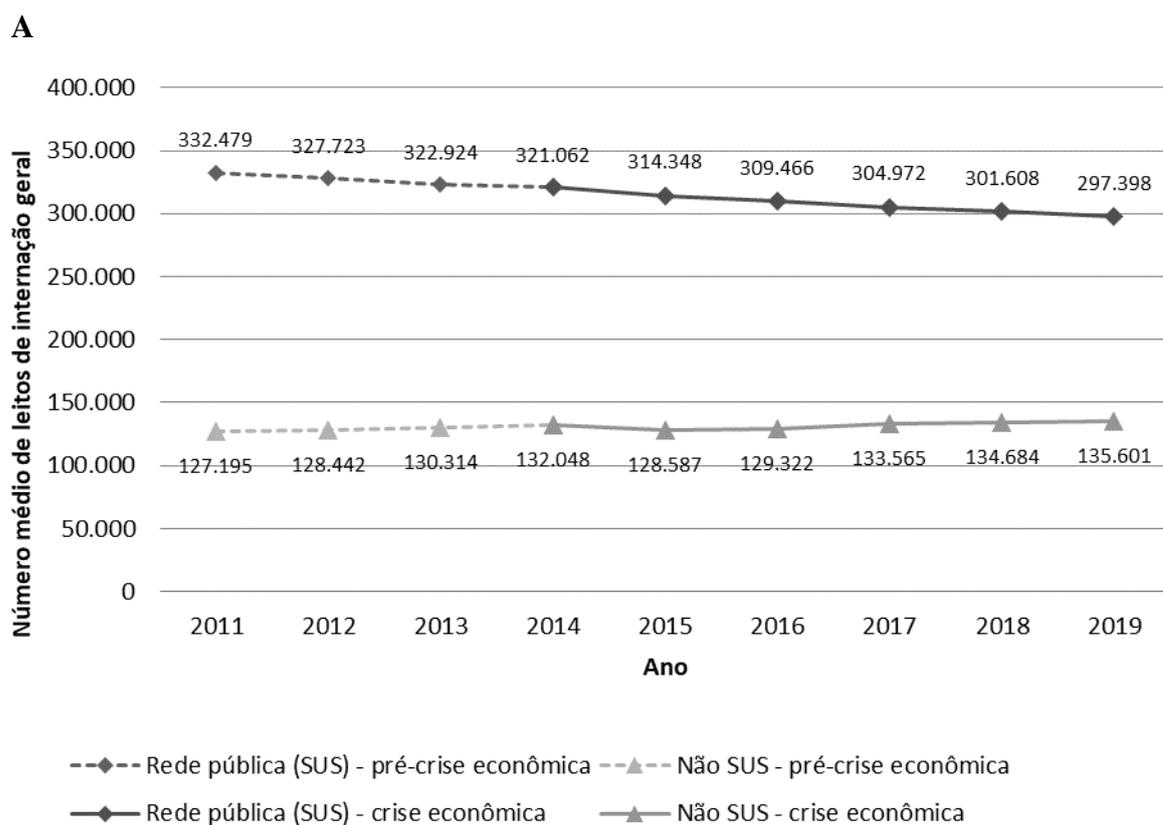
### *Oferta e produção de serviços de saúde*

A Figura 1 sintetiza indicadores de oferta de serviços de saúde da rede SUS e Não SUS. Nas Figuras 1A e 1B, observa-se que o número absoluto de leitos de internação e a média de leitos por pessoa disponíveis para o SUS vêm diminuindo, mesmo antes da crise. Observa-se uma perda de 35.080 leitos da rede SUS, ao longo dos nove estudados. A perda média por ano foi 3.806 leitos ao ano antes da crise e de 4.733 a partir da crise. Já na rede hospitalar ligada aos planos de saúde, há certa estabilidade, com um crescimento no número absoluto de leitos e na média por pessoa na crise, acentuada pela redução do número de clientes. Em números absolutos de todo o período, houve um aumento de, aproximadamente, 8 mil leitos disponíveis para planos de saúde.

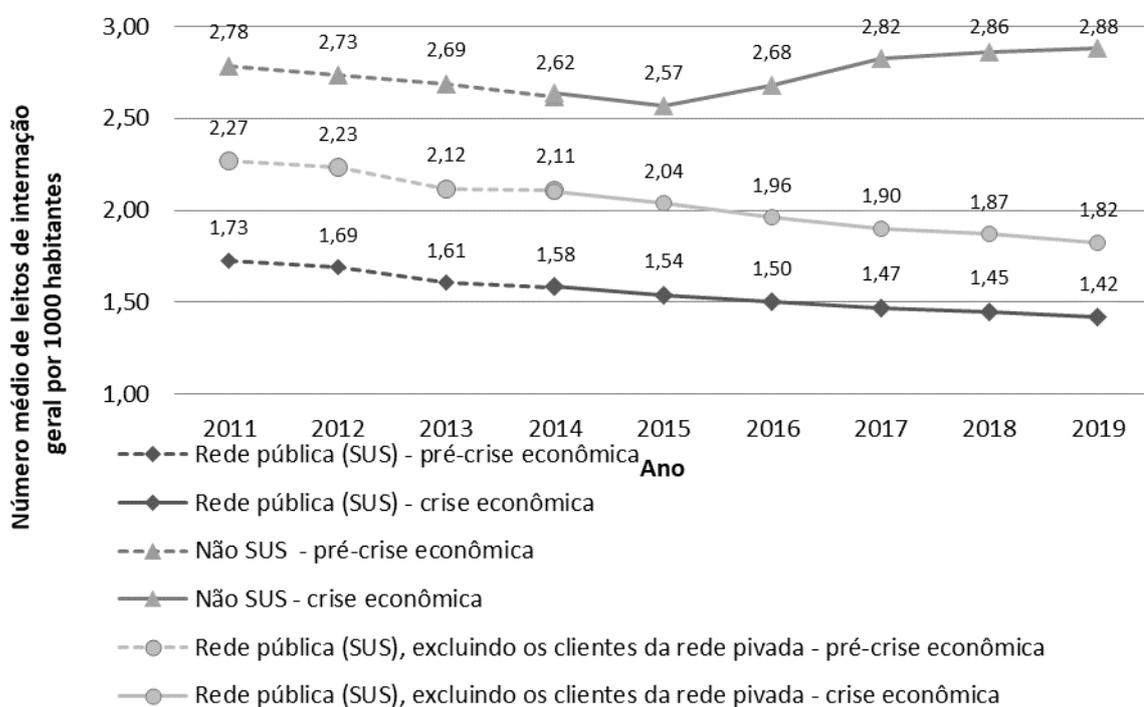
Houve aumento da oferta de leitos de UTI neonatal/pediátrica (Figura 1C) e de leitos de UTI adulto (Figura 1D), em ambos os segmentos, mesmo com a crise. Os números de leitos disponíveis para os setores público e privado de saúde são muito próximos quando se trata de números absolutos.

Os equipamentos de tomografia computadorizada tiveram um crescimento acentuado na rede Não SUS, e uma taxa que chega a quase 6 aparelhos por 100 mil habitantes em 2019, enquanto, no SUS, esta taxa atinge somente 1 equipamento ao final do período (Figura 1E). Em relação aos aparelhos de ressonância magnética, também foi possível observar um incremento mais expressivo na rede privada. Na rede SUS, as taxas da oferta não atingiram 0,5 aparelho por 100.000 habitantes, havendo estabilidade no período estudado (Figura 1F).

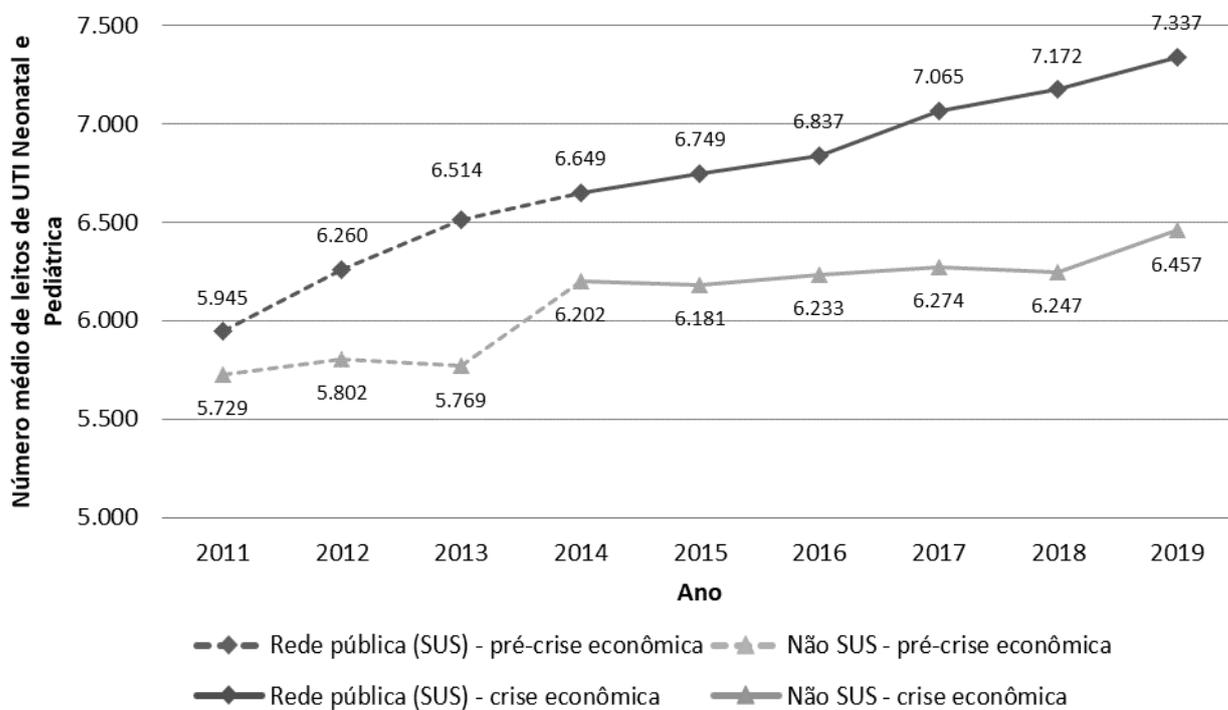
**Figura 1. Indicadores de oferta de serviços de saúde realizados pela rede SUS e pela rede Não SUS: Número médio absoluto de leitos de internação geral (A), Número médio de leitos de internação geral (B) por 1.000 habitantes, Número absoluto de leitos em UTI neonatal e pediátrica (C), Número absoluto de leitos de UTI adulto (D), Número médio de aparelhos de tomografia computadorizada (E) e de ressonância magnética (F) por 100.000 habitantes. Brasil, 2011-2019**

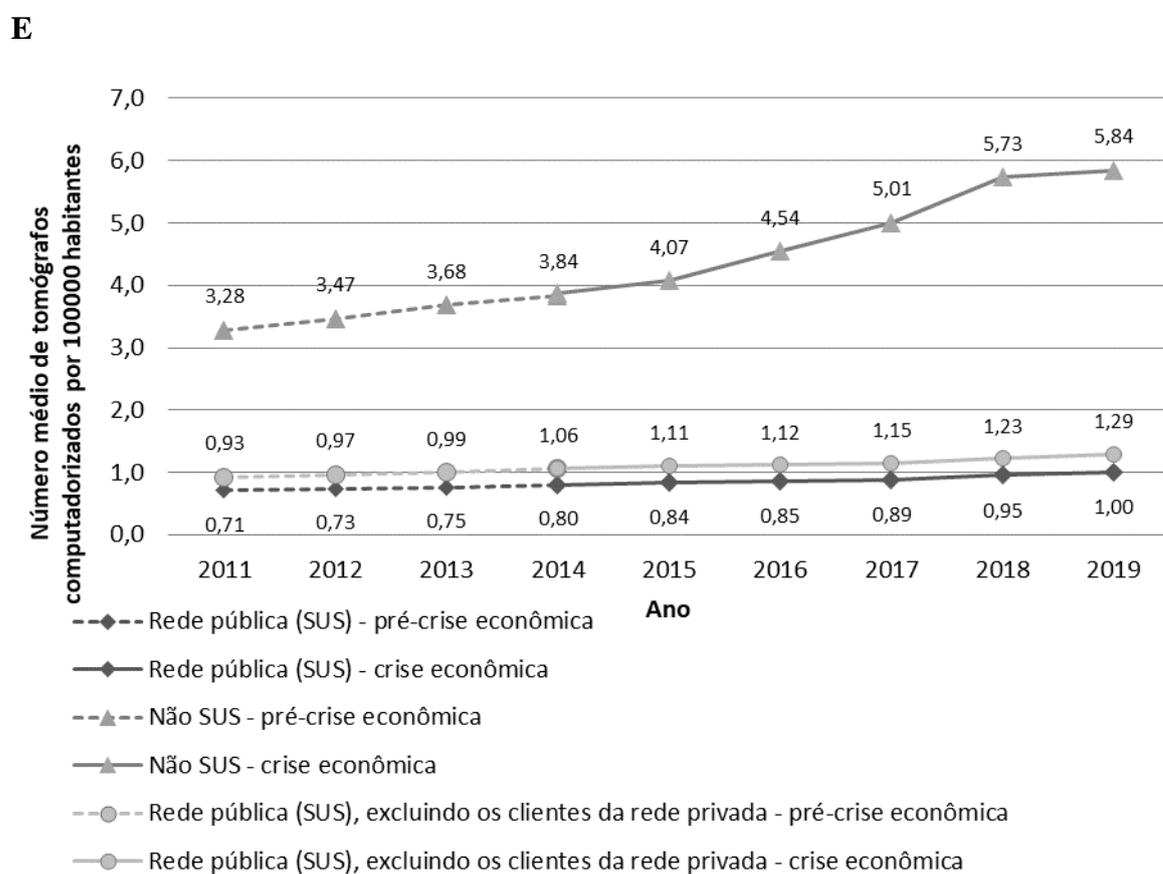
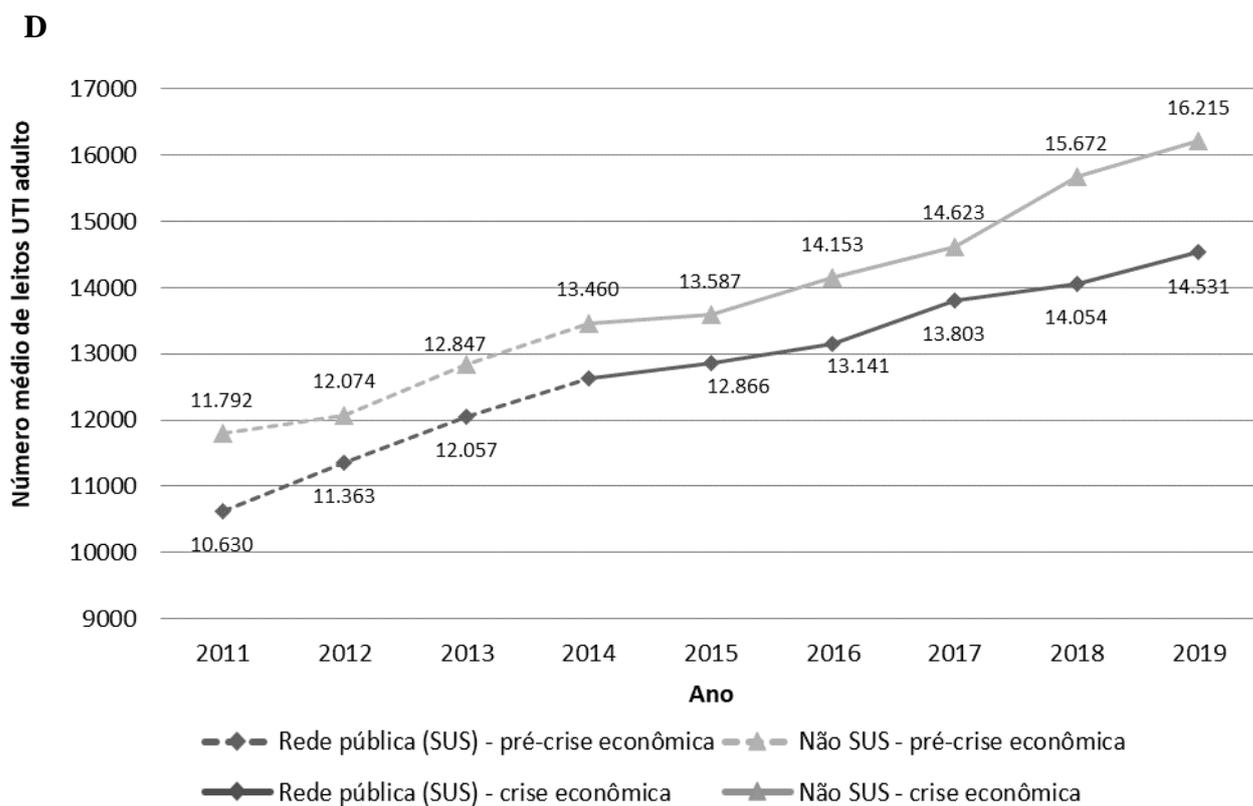


B

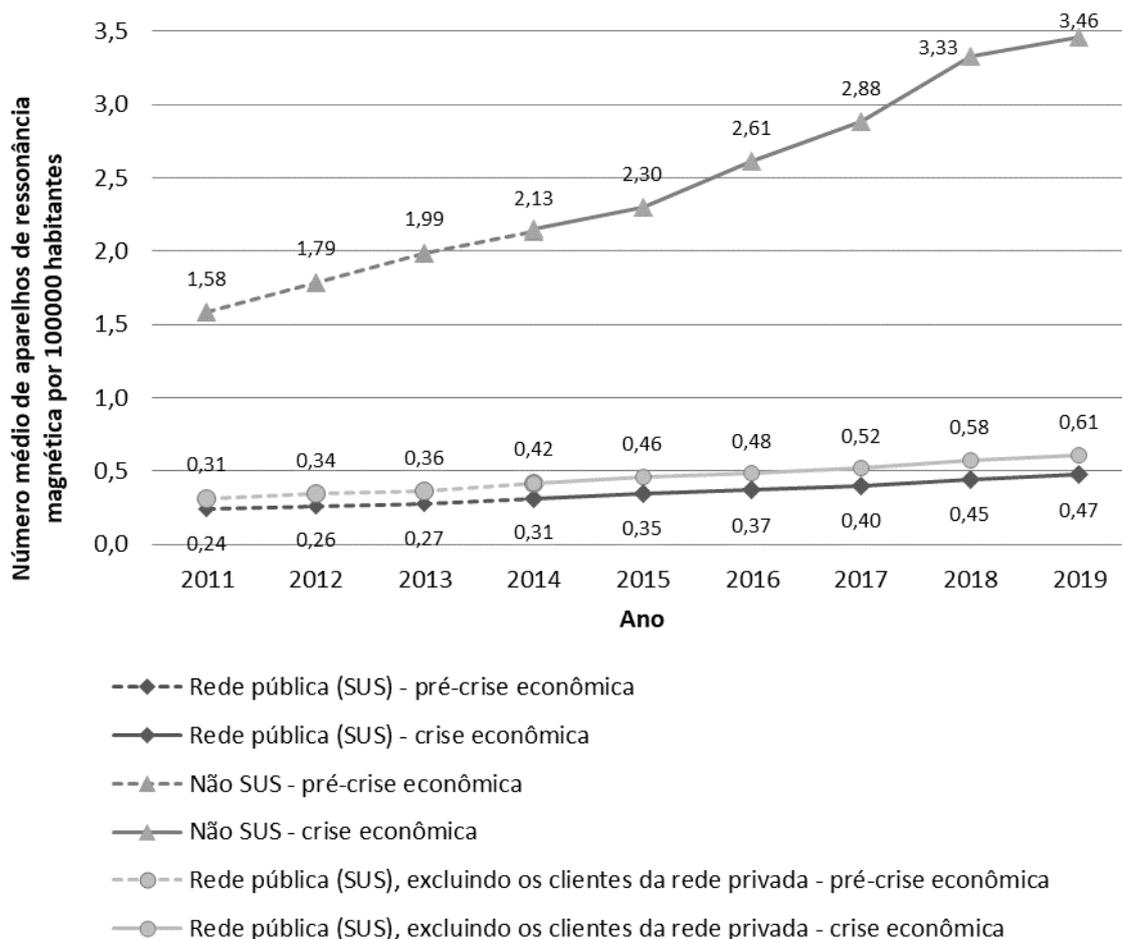


C





F



Fontes: Elaboração própria a partir de dados obtidos no CNES/DATASUS, obtidos via Tabnet<sup>29</sup>, nas projeções da população brasileira do IBGE 24,25; e no número de clientes de planos de saúde<sup>27</sup>.

A Figura 2 apresenta os indicadores de produção de serviços e procedimentos de saúde realizados no Brasil, no período de 2011 a 2019, entre os setores público e privado. Observa-se, no período da crise, estabilidade na taxa de internação geral por 1.000 habitantes no sistema público e um ligeiro aumento no setor privado, com taxa 3,4 vezes maior que o público (Figura 2A).

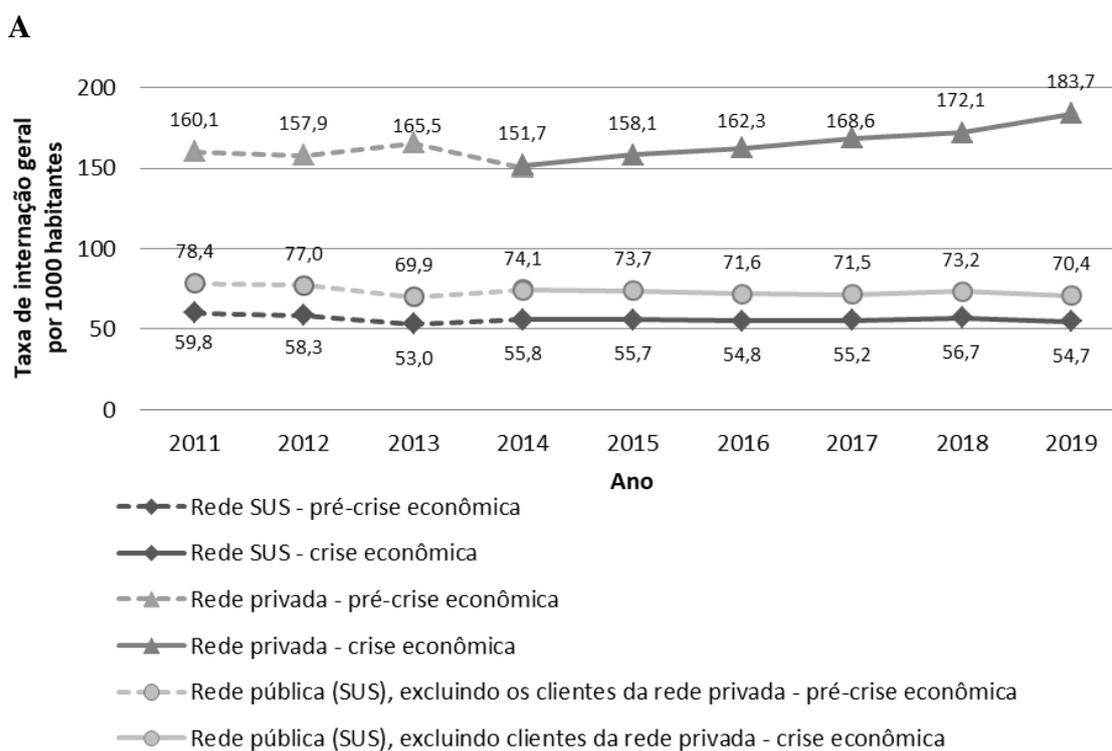
O número de consultas absoluto (Figura 2B), que vinha aumentando na rede pública no período anterior à crise, iniciou um expressivo processo de decréscimo a partir da crise. Já na rede privada, o número de consultas manteve-se estável em todo período.

O número de consultas por pessoa também é superior na rede privada (sempre acima de 4 consultas por pessoa/ano) e esse valor manteve uma certa estabilidade, inclusive depois da crise. No SUS, a partir da crise, as tendências mudam, com queda acentuada nas médias do

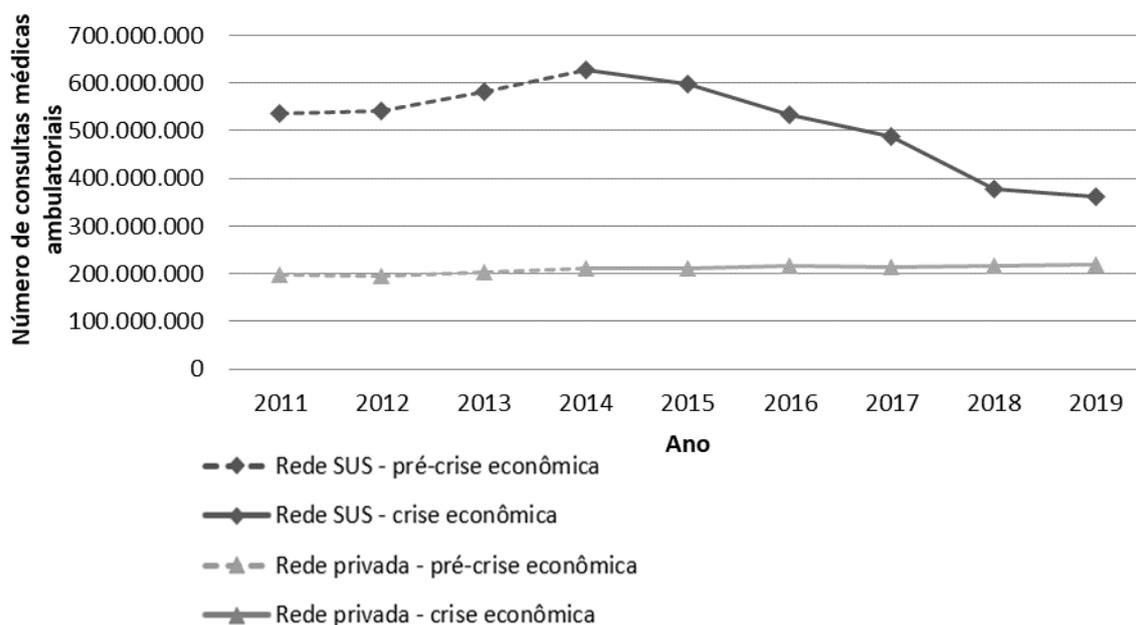
número de consultas por paciente realizadas pela rede pública, chegando a 1,7 consultas por pessoa em 2019 (Figura 2C).

Houve tendência de crescimento dos procedimentos quimioterápicos na rede SUS. Entre os planos de saúde, a quantidade por 1.000 habitantes, embora superior a do SUS, apresentou queda acentuada a partir da crise, com exceção do ano de 2017, que registrou pico no número de procedimentos quimioterápicos realizados (Figura 2D). Na radioterapia, a situação se inverte. No SUS, observou-se maior quantidade absoluta e taxa de procedimentos realizados e crescimento em todo o período, com estabilidade nos 3 primeiros anos da crise (média de 44,1 por 1.000 habitantes) e depois crescimento, atingindo 50,1 por 1.000 habitantes em 2018. Optou-se por não apresentar os dados de 2019 para o SUS, pois estão incompletos (faltam os últimos seis meses) e parcialmente inconsistentes com a série (maio e junho), ainda que uma anualização com base nos primeiros quatro meses mostraria uma taxa de 50,3 por mil. Na rede privada, houve queda acentuada no número de procedimentos radioterápicos desde o início da série (Figura 2E).

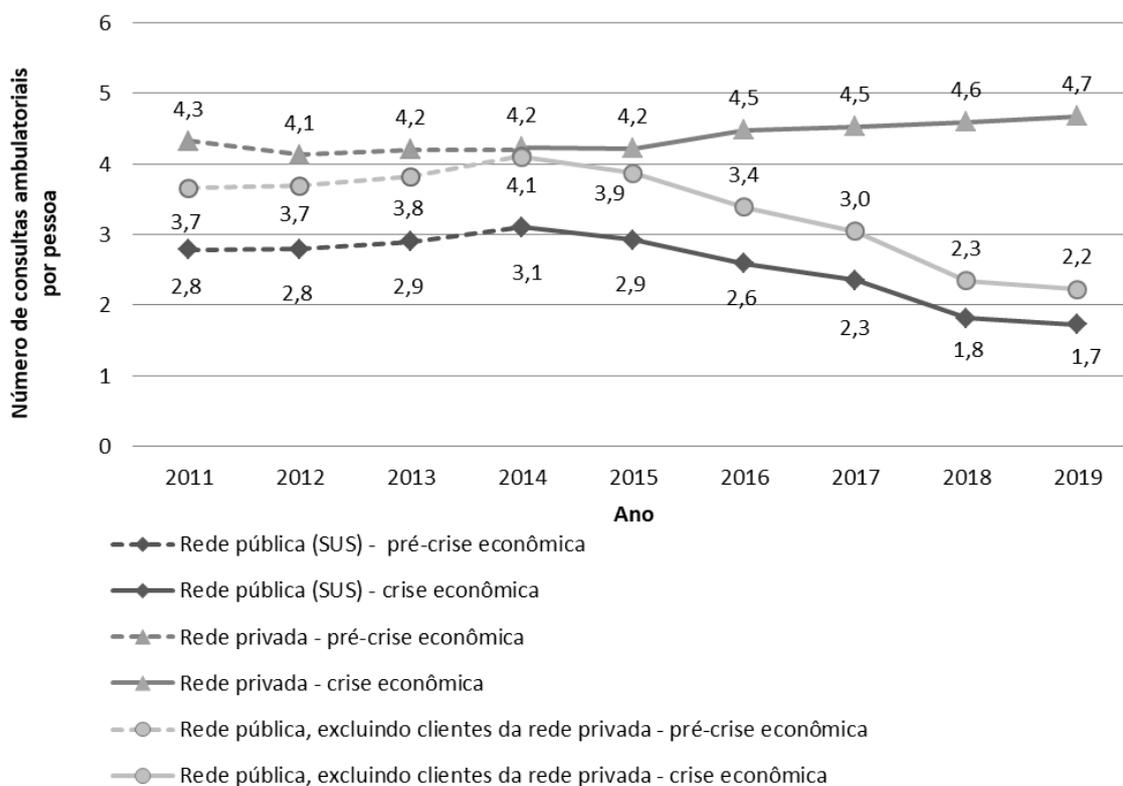
**Figura 2. Indicadores de produção de serviços de saúde realizados pela rede pública (SUS) e pela rede privada: taxa de internação geral por 1.000 habitantes (A), número absoluto de consultas médicas ambulatoriais (B), número de consultas médicas ambulatoriais por pessoa (C), quantidade de procedimentos quimioterápicos por 1.000 habitantes (D) e de quantidade de procedimentos radioterápicos por 1.000 habitantes (E). Brasil, 2011-2019**



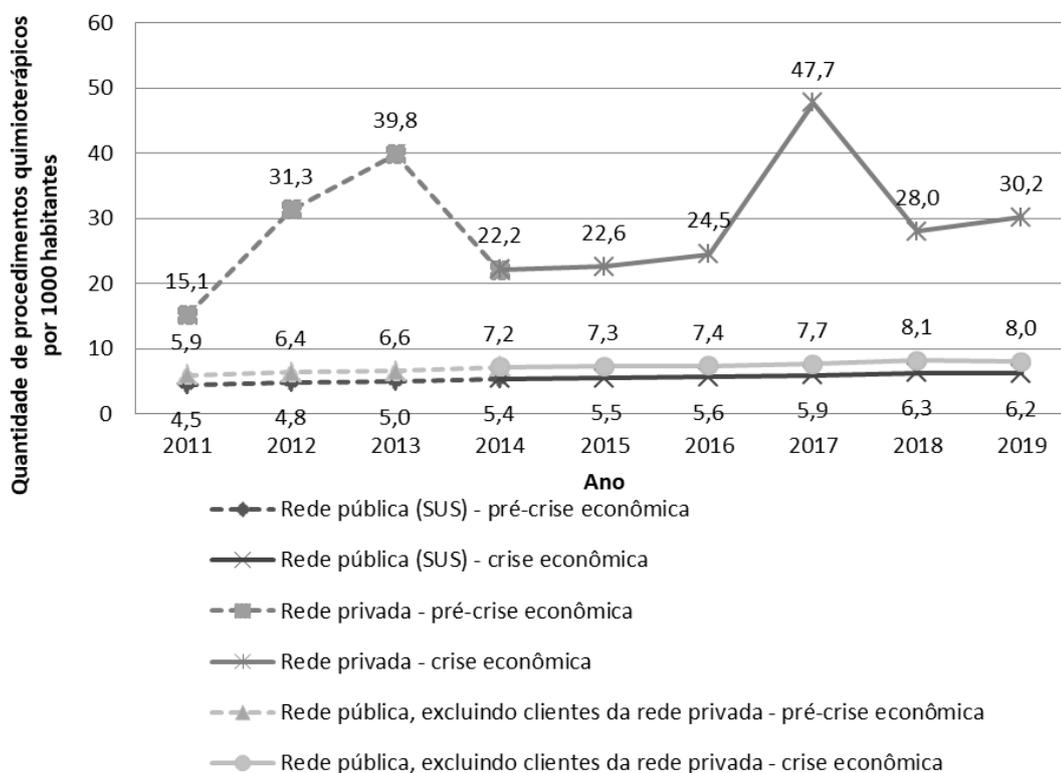
B



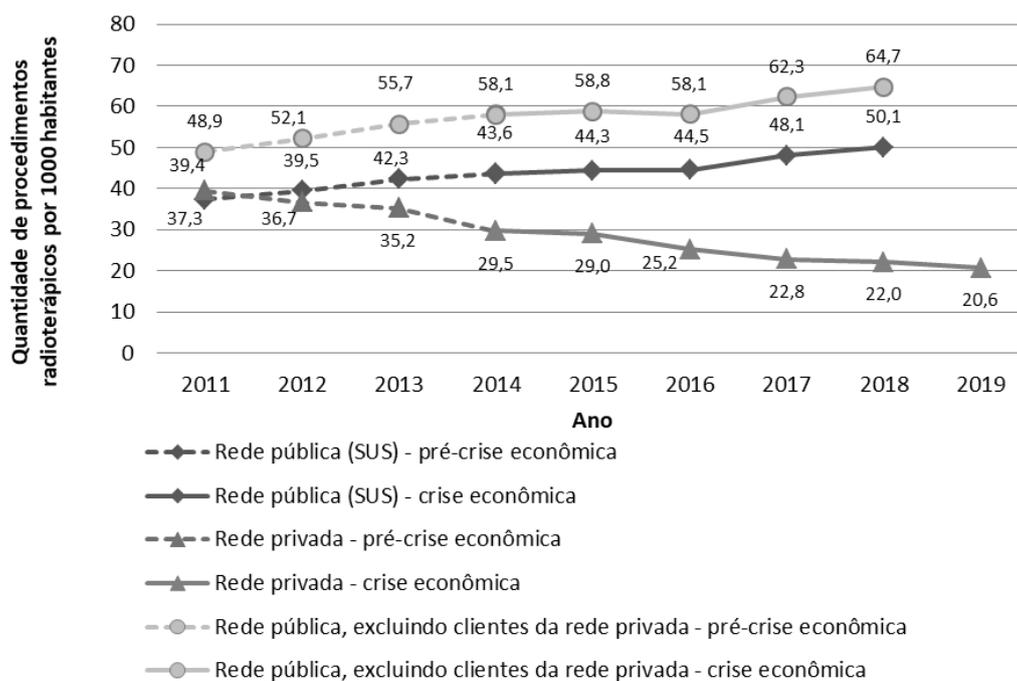
C



D



E



Fontes: Elaboração própria a partir de dados do SIA/SUS e no SIH/SUS, obtidos via Tabet/DATASUS<sup>30,31</sup>; as projeções da população brasileira do IBGE<sup>24,25</sup>; os mapas assistenciais da ANS; e o número de clientes de planos de saúde<sup>27</sup>.

Além das diferenças apresentadas entre os setores público e privado de saúde, os valores médios de remuneração para internação são bem discrepantes entre os segmentos. A magnitude dos valores pagos foi muito maior no setor privado, com média de R\$9.445,76 por internação, contra a média de R\$1.631,29 na rede SUS, no período estudado. Sabe-se, no entanto, que a parcela despendida pelo governo federal não é a única no financiamento das internações, havendo também aportes estaduais e municipais.

## DISCUSSÃO

As repercussões da crise econômica foram distintas para os setores público e privado de saúde no Brasil. Os resultados do estudo demonstram o aprofundamento da desigualdade na oferta, uso e financiamento da rede pública e privada. As principais consequências da crise para o sistema de saúde brasileiro foram: estagnação do gasto público, restrição de acesso a serviços públicos e sobrecarga das famílias e indivíduos no financiamento da saúde. No que se refere ao setor privado, não houve comprometimento dos retornos financeiros de planos de saúde.

Os gastos públicos em saúde sofreram os efeitos imediatos da crise, com redução do financiamento por dois anos consecutivos (2015 e 2016) e posterior retomada nos anos seguintes. Entretanto, ao considerar o gasto *per capita*, verificou-se a permanência em declínio, tendo em vista o aumento da população ao longo dos anos. A sustentação do gasto federal e do gasto municipal, ainda que em patamares muito baixos, evitaram uma queda mais acentuada das despesas do SUS.

A relativa estagnação do gasto público no período de crise deve ser compreendida num contexto de mudanças na legislação, em especial no âmbito federal. A Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015 redefiniu os gastos federais para um percentual da Receita Corrente Líquida. Em seguida, a EC nº 95/2016 instituiu o teto para gastos públicos e congelou os gastos sociais por 20 anos<sup>32</sup>. Considerando que a EC95 começou a ser aplicada em 2018, as perdas orçamentárias derivadas desta medida só aparecem no final do período. Pesquisas estimaram a perda orçamentária no valor de R\$ 22,5 bilhões, entre 2018 e 2020<sup>33,34</sup>.

A instituição do SUS enquanto política de Estado ocorreu mediante mobilização da sociedade após longo período de ditadura militar. A estrutura do sistema permitiu sua resistência a ataques e retrocessos promovidos por distintos governos e receituários de políticas de “Instituições Financeiras Internacionais”<sup>3</sup>.

A conformação do SUS proporcionou uma ação descentralizadora e municipalista na operacionalização das políticas públicas de saúde no Brasil, ainda que persistam características de cunho centralizador<sup>35</sup>. No período estudado, as instâncias municipais aumentaram sua participação no custeio das ações e serviços públicos de saúde, embora a partir da crise essa participação tenha sofrido oscilações. Apesar da importância dos entes subnacionais no financiamento e na oferta direta de serviços de saúde, sua limitada capacidade de arrecadação própria os mantém dependentes das transferências federais<sup>36</sup>.

As receitas municipais são mais suscetíveis em períodos recessivos, pois a fonte de arrecadação é baseada, principalmente, em impostos indiretos cuja destinação é pré-definida por vinculação orçamentária<sup>36</sup>.

Por outro lado, o esforço para o financiamento da saúde pode ser explicado pelo processo político local, pois este tipo de demanda social tem maior proeminência. O anseio pela viabilização do acesso a serviços coloca a saúde no centro da pauta de eleições municipais, pressionando para que recursos da saúde pública sejam ampliados, inclusive extrapolando os 15% da arrecadação estipulados em Lei<sup>37</sup>.

Políticas adotadas durante a crise em países europeus, nos quais o crescimento de taxas de utilização foi acompanhado do aumento de copagamentos e compartilhamento de custos, sobrecarregaram famílias e indivíduos no financiamento e alteraram a extensão e os critérios de elegibilidade de seguros e benefícios<sup>38</sup>.

O presente estudo constatou que no Brasil ocorreu aumento da participação das famílias e indivíduos no financiamento da saúde, mas por outras vias. O incremento observado no gasto tributário de pessoas físicas evidencia que houve acréscimos nos valores pagos em mensalidades de planos, copagamentos e desembolso direto com assistência e medicamentos. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), a assistência à saúde aumentou participação na despesa de consumo média mensal familiar: 6,5% em 2002-2003, 7,2% em 2008-2009 e 8,0% em 2017-2018. Neste último período, destacam-se as despesas com remédios (44,8%), com planos de saúde (31,6%) e com serviços em geral (18,4%)<sup>39</sup>.

Os benefícios tributários concedidos pelo Governo Federal contribuem para o crescimento e manutenção da prestação privada de serviços de saúde<sup>40,41</sup>. As deduções com saúde representam a maior dentre as deduções de IR, à frente, inclusive, da dedução por contribuição previdenciária oficial.

A crise não afetou o setor privado de saúde com a mesma intensidade. Apesar de leve e passageira redução no ritmo de crescimento entre 2014 e 2015, as receitas aumentaram em todo o período, mesmo com o desemprego crescente e a estagnação do número de clientes.

A partir da crise de 2014, tanto as receitas quanto as despesas assistenciais cresceram, enquanto os gastos públicos apresentaram baixo crescimento, apesar do aumento da população. A receita das empresas de plano de saúde, de R\$ 152,5 bilhões em 2011 e R\$ 245,5 bilhões em 2019, representou, respectivamente, 53,1% e 73,6% do financiamento dos três entes federativos para o SUS. Vale ressaltar que o gasto público *per capita* reduziu durante a crise, enquanto a despesa assistencial por cliente de plano de saúde apresentou aumento no período.

As políticas de apoio governamental e renúncia fiscal precedem a crise, mas criam as condições para a blindagem do setor em períodos desfavoráveis. A acumulação de capital no setor saúde evidencia tendências de internacionalização e financeirização<sup>42,43,44</sup>. As expressões mais evidentes deste processo são a intensificação das fusões e aquisições, a concentração de mercados, a diversificação de atividades, a formação de grandes grupos econômicos, a ampliação de escala e a participação de investidores internacionais nas empresas da saúde<sup>45,46</sup>. Somam-se, ainda, fatores como: estratégias empresariais; exclusão de idosos e carteiras de maior sinistralidade; aumentos de mensalidade, copagamentos e franquias; negativas de cobertura; glosas e atraso nos repasses aos prestadores de serviço; redução da comercialização de planos individuais e promoção de “falsos coletivos”<sup>47</sup>. O conjunto desses elementos possibilitou a ampliação dos lucros das empresas, como o mostram os indicadores de lucratividade e de rentabilidade, em tempos de retração do emprego e renda.

A grande disparidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços, consignada na literatura<sup>15,20</sup>, é confirmada pela análise de indicadores de produção e oferta. A crise econômica exacerbou a desigualdade entre serviços públicos e privados. Os resultados corroboram estudos que relacionam os cortes nos gastos públicos à redução da oferta e produção de serviços, tal como verificado em países europeus<sup>6,7</sup>. As experiências internacionais apontam efeitos mais intensos em sistemas menos maduros por conta dos déficits históricos<sup>16</sup>. No Brasil, os impactos da crise na estagnação do gasto público<sup>9</sup> e no aumento das receitas de empresas de planos privados também foram abordados<sup>47,48</sup>. Em contrapartida, países como Coreia do Sul e Chile registraram aumentos anuais de gastos com saúde, mesmo após 2008, e apresentaram aumento na oferta e produção de serviços de saúde<sup>1</sup>.

Embora os princípios de universalidade e gratuidade do SUS estejam mantidos constitucionalmente, no período de crise aprofundou-se a discrepância entre produção e oferta de serviços de saúde públicos e privados, com destaque para a redução do número de consultas e do número de leitos no SUS. A análise do número total de leitos por 1000 habitantes no Brasil aponta uma tendência de redução que antecede a crise (2,4 em 2011; 2,2 em 2014; e 2,1 em 2019), tal como ocorrido no Reino Unido, que apresentou redução da

proporção de leitos *per capita* entre 2000 e 2013 (4,1 leitos por 1000 habitantes em 2000; 3,3 em 2008; e 2,7 em 2014), e nos EUA no mesmo período (3,5 leitos por 1000 habitantes em 2000; 3,1 em 2008; e 2,8 em 2014)<sup>1</sup>.

O movimento de restrição da capacidade instalada hospitalar tem sido unidirecional, atinge exclusivamente os leitos públicos. A capacidade instalada de equipamentos de tomografia e ressonância nuclear mantém-se superior a do SUS.

Os dados para a quimioterapia no setor privado entre 2014-2019 não evidenciaram uma tendência nítida, a série histórica apresenta oscilações. É possível que haja inconsistências nas informações prestadas à ANS por cooperativas médicas no ano de 2017, já que a quantidade de procedimentos quimioterápicos informados quadruplicou entre o segundo semestre de 2016 e o primeiro semestre de 2017, destoando daquelas prestadas pelas empresas das demais modalidades. Ainda assim, os dados revelam dois traços característicos: a desigualdade entre os procedimentos para clientes de planos e usuários do SUS (mais que o dobro em toda a série e pelo menos o triplo a partir de 2014 comparando a rede pública com ajuste do número de pessoas); e uma tendência persistente de crescimento na realização de quimioterapias, identificado na rede pública mesmo a partir da crise.

A radioterapia foi a única atividade na qual ocorreu, simultaneamente, um incremento na produção no SUS e uma redução na assistência suplementar. Historicamente, os procedimentos radioterápicos, assim como hemodiálises, são procedimentos de alto custo largamente financiados com recursos do SUS<sup>49</sup>. Contribuem fatores como os investimentos para a instalação dos aparelhos e os mecanismos de regulação impostos pelos planos de saúde para autorização e pagamento destes procedimentos<sup>49</sup>, os quais dificultam o acesso ao serviço, bem como os valores de remuneração. Outra particularidade é a introdução de novas técnicas radioterápicas que têm permitido a redução do número de sessões para o tratamento de alguns tipos de câncer, o que poderia explicar parcialmente a redução das sessões reembolsadas pelo setor privado.

A autorização para abertura da saúde a empresas e capital estrangeiro e seu suposto potencial para reduzir a pressão sobre o SUS<sup>50</sup>, parece não influenciar os diferenciais de uso de cuidados de saúde. A comparação dos resultados com o ajuste, incluindo ou não os clientes de planos de saúde, expõe a permanência das desigualdades entre o público e o privado, ainda que todos os recursos do SUS fossem destinados somente àqueles que não possuem planos de saúde.

As medidas governamentais adotadas frente à crise econômica-fiscal-política-institucional, como a redução de recursos federais e a ampliação da interferência legislativa na

saúde, desorganizaram o arranjo federativo do SUS<sup>51</sup>. Por um lado, houve o corte de gastos públicos com saúde como medida para lidar com a crise, também observado em países da América Latina<sup>3</sup>.

Entre as limitações da pesquisa, situam-se as inconsistências relacionadas aos dados de quimioterapia e a ausência de dados de 2019 para radioterapia, conforme descrito anteriormente, além de o gasto privado com saúde ter sido analisado com base somente nas receitas de prêmios e despesas das empresas de planos, considerando que não há estatísticas anuais sobre valores de desembolso direto com saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo não só corroboram as evidências da literatura no que tange às discrepâncias entre o público e o privado, como apontam que as iniquidades na saúde pública e privada no Brasil foram aprofundadas pela crise, tendo em vista os impactos no gasto, na oferta e produção de serviços.

A crise econômica gerou oportunidades para empresas de planos de saúde ampliarem receitas e concentrarem recursos assistenciais. O desempenho positivo das empresas pode ser compreendido como integrante do processo de acumulação de capital, que inclui estímulos governamentais para a expansão do setor privado.

Este artigo traz contribuições para a compreensão dos impactos da crise no sistema de saúde brasileiro e da dinâmica de corte de recursos públicos para o SUS *versus* ampliação do mercado privado de saúde. Torna-se imprescindível avançar em pesquisas que identifiquem como o setor privado de saúde se organiza e continua crescendo durante períodos de crise, além de estudos sobre os efeitos da crise econômica aprofundada pela crise sanitária nos setores público e privado de saúde.

É fundamental que as dimensões pública e privada sejam consideradas em interpretações críticas sobre o sistema de saúde no Brasil. As crises capitalistas tensionam o conflito distributivo e afetam as condições de reprodução social. Conseqüentemente, ampliar o ângulo das análises sobre políticas de saúde torna-se essencial para detectar não apenas impactos negativos sobre o orçamento ou serviços, mas também as políticas orientadas a beneficiar interesses de determinados grupos econômicos que constroem as possibilidades de consolidação do SUS.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup>Organization for Economic Co-operation and Development. OECD.Stat. Health. [acesso em: 01/04/2019]. Disponível em: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC).
- <sup>2</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: IPEA, 2022.
- <sup>3</sup>Levcovitz E, Couto MHC. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. In: Nogueira RP, et al. Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises. Brasília: 2018. p.99-118.
- <sup>4</sup>Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*. 2013 June;103(6):973-80.
- <sup>5</sup>Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018 Oct;42(Spe 2).
- <sup>6</sup>Stuckler D, Reeves A, Loopstra R, Karanikolos M, McKee M. Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *Eur J Public Health*. 2017;27(Suppl 4):18-21.
- <sup>7</sup>Marengo A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe country experience. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
- <sup>8</sup>Carvalho L. Valsa Brasileira: do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia; 2018.
- <sup>9</sup>Andrietta LS, Levi ML, Scheffer MC, Alves MTSS de B, Oliveira BLCA de, Russo G. The differential impact of economic recessions on health systems in Middle income settings: a comparative case study of unequal states in Brazil. *BMJ Global Health*. 2020;5:e002122.
- <sup>10</sup>Carneiro R. A economia política do ensaio desenvolvimentista. *Est Avan*. 2017;31(89):61-6.
- <sup>11</sup>Brito A, Kerstenetzky C. A política de valorização do salário mínimo foi importante para a redução da pobreza no Brasil? Uma análise para o período 2002-2013. Rio de Janeiro: IE-UFRJ; 2018. [Texto para discussão, 132].
- <sup>12</sup>Schettini B, Santos CHM, Amitrano CR, Squeff GC, Ribeiro MB, Gouvêa RR, et al. Novas evidências empíricas sobre a dinâmica trimestral do consumo agregado das famílias brasileiras no período 1995-2009. *Econ Soc*. 2012;21(3):607-41.
- <sup>13</sup>Serrano F, Summa R. Aggregate demand and the slowdown of Brazilian economic growth in 2011-2014. *N Econ*. 2015;25(Spe):803-33.
- <sup>14</sup>Oreiro JL. A grande recessão brasileira: diagnóstico e uma agenda de política econômica. *Est Avan*. 2017;31(89):75-88.
- <sup>15</sup>Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6).

- <sup>16</sup>Schramm JM, Paes-Sousa R, Mendes LVM. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz; 2018. [Textos para Debate].
- <sup>17</sup>Campoy LT, Ramos ACV, Souza LLL, Alves LS, Arcoverde MAM, Berra TZ et al. A distribuição espacial e a tendência temporal de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e para a Saúde Suplementar, Brasil, 2005 a 2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020;29(2).
- <sup>18</sup>Martins M, Lima SML, Andrade CLT, Portela MC. Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(12).
- <sup>19</sup>Rossi TRA, Sobrinho JEL, Chaves SCL, Martelli PJJ. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(12).
- <sup>20</sup>Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health*. 2016 Dec;15(1).
- <sup>21</sup>Meirelles JML, Cunha MF. Os impactos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar. *Revista Quaestio Iuris*. 2018;11(2).
- <sup>22</sup>Brasil. Ministério da Economia. Tesouro Nacional. Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO). [Brasília]: TCU; 2019.
- <sup>23</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Indicadores Estaduais e Municipais. [Brasília]: Ministério da Saúde; 2019.
- <sup>24</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde: Brasil: 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
- <sup>25</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
- <sup>26</sup>Brasil. Ministério da Economia. Receita Federal. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. Metodologia de Cálculo de Gastos Tributários. [Brasília]: Ministério da Economia; 2019.
- <sup>27</sup>Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados do Setor. Dados e Indicadores do Setor [internet]. 2022.
- <sup>28</sup>Galvão A, Rossetti JP. (Eds.). *Finanças corporativas: teoria e prática empresarial no Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. p.74-75.
- <sup>29</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [internet]. 2019.
- <sup>30</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Produção Ambulatorial (SIA/SUS). Datasus Tabnet [internet]. 2019.
- <sup>31</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Produção Hospitalar (SIH/SUS). Datasus Tabnet [internet]. 2019.

- <sup>32</sup>Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Rev Est Pesq Américas*. 2016;10(3):28.
- <sup>33</sup>Moretti B, Ocké C, Aragão E, Funcia F, Benevides R. Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos. *Especial Coronavírus*. ABRASCO; 2020.
- <sup>34</sup>Dweck E, Moretti B, Melo MFGC de. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. *Cadernos do Desenvolvimento*. 2021 Jan-Abr;16(28):239-65.
- <sup>35</sup>Arretche M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev Bras Ci Soc*. 1999;14(40).
- <sup>36</sup>Peres UD. Dificuldades institucionais e econômicas para o orçamento participativo em municípios brasileiros. *Cad. CRH*. 2020;33.
- <sup>37</sup>Mendes EV. Algumas reflexões sobre a saúde pública nas eleições municipais de 2012. *Consensus*. 2013;(6).
- <sup>38</sup>Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: WHO;2014.
- <sup>39</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF - Pesquisa de orçamentos familiares. [internet]. 2021 Setembro.
- <sup>40</sup>Mendes A, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate*. 2015;39(105):491-505.
- <sup>41</sup>Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):2035-42.
- <sup>42</sup>Andrietta LS. Acumulação de capital na saúde brasileira: estudo exploratório de empresas e setores selecionados (2008-2015) [tese]. Campinas: Unicamp; 2019.
- <sup>43</sup>Hiratuka C, Rocha MA, Sarti F. Mudanças recentes no setor privado de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. In: Gadelha P, Noronha JC, Dain S, Pereira TR, organizadores. *Brasil Saúde Amanhã: população, economia, gestão*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
- <sup>44</sup>Sestelo JAF. Planos de saúde e dominância financeira. Salvador: EDUFBA; 2018.
- <sup>45</sup>Bahia L, Scheffer M, Tavares LR, Braga IF. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(Supl.2).
- <sup>46</sup>Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4).
- <sup>47</sup>Costa DCAR. Saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária: interfaces, políticas governamentais e dinamismo das empresas de planos e seguros de saúde. [Projeto de Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

<sup>48</sup>Andrietta LS, Monte-Cardoso A, Sestelo JA de F, Scheffer MC, Bahia L. Empresas de plano de saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.

<sup>49</sup>Lima SML, Portela MC, Ugá, MAD, Vasconcellos MTL. Regulação dos serviços de radioterapia e quimioterapia pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(1).

<sup>50</sup>Supremo Tribunal Federal - STF. ADI 5435 - processo eletrônico [internet]. 2021.

<sup>51</sup>Padilha A, Oliveira DC, Alves TA, Campos GWS. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(12).

## 8 OFERTA PÚBLICA E PRIVADA DE RECURSOS ASSISTENCIAIS, ACESSO E REGULAÇÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL<sup>16</sup>

### ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Costa, DCAR, Bahia L, Carvalho EMCL, Cardoso AM, Souza PMS  
Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil

### Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil

*Public and private supply of beds and access to health care in the Covid-19 pandemic in Brazil*

Danielle Conte Alves Riani Costa<sup>1</sup>, Ligia Bahia<sup>1</sup>, Elza Maria Cristina Laurentino de Carvalho<sup>1</sup>, Artur Monte Cardoso<sup>1</sup>, Paulo Marcos Senra Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
*danielle.conte@gmail.com*

**RESUMO** A pandemia de Covid-19, uma crise sanitária global, pôs em xeque sistemas de saúde de diversos países. No Brasil, o atendimento aos pacientes trouxe à tona disparidades na oferta e no acesso a serviços públicos e privados, bem como iniciativas para preservar a segmentação assistencial. O trabalho sistematiza informações sobre: leitos para internação por Covid-19; pleitos de pacientes reivindicando acesso; e ações para ampliar a oferta de recursos assistenciais envolvendo proposições governamentais e setor privado (empresas de planos e hospitais). Houve expansão de leitos hospitalares, mas a distribuição desigual nas regiões do País não foi alterada; tampouco parece ter havido mudanças no padrão de controle de coberturas por parte das empresas de planos de saúde. Parcela significativa das ações judiciais analisadas refere-se à negação de acesso de clientes de planos privados por carência contratual, enquanto pacientes do SUS pleitearam vaga em UTI. Vidas foram perdidas em decorrência de omissões para proteção efetiva e qualificada. Unidades públicas de terapia intensiva tiveram ocupação máxima, enquanto o setor privado contabilizou leitos ociosos. A análise evidencia barreiras de acesso a leitos e resistência às tentativas de unificação de esforços públicos e privados para mitigar a letalidade pelo novo coronavírus.

**PALAVRAS-CHAVE** Infecções por Coronavírus. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Planos de pré-pagamento em saúde. Direito à saúde.

---

<sup>16</sup> Artigo publicado na revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 232-247, dez. 2020.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E415>.

**ABSTRACT** *The Covid-19 pandemic, a global health crisis, has put health systems in several countries in check. In Brazil, patient care has brought about disparities in the offer and access to public and private services and initiatives to preserve healthcare segmentation. The work systematizes information about: beds for hospitalization by Covid-19; patients' complaints claiming access; and actions to expand the supply of assistance resources involving government proposals and the private sector (health insurance companies and hospitals). There was an expansion of hospital beds, but the uneven distribution in the regions of the country has not changed, nor does it appear to be changes in the pattern of coverage control by health insurance companies. A significant portion of the analyzed law suits refers to the denial of access to private insurance clients due to contractual grace period, while SUS patients claimed a place in the ICU. Lives were lost due to omissions for effective and qualified protection. Public intensive care units had maximum occupancy, while the private sector accounted for empty beds. The analysis shows barriers to access to beds and resistance to attempts to unify public and private efforts to mitigate lethality by the new Coronavirus.*

**KEYWORDS** *Coronavirus Infections. Health services accessibility. Unified Health System. Prepaid health plans. Right to health.*

## **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) ocupou, ao lado do monitoramento da disseminação de casos e mortes por Covid-19, o centro do debate público durante a pandemia. No que diz respeito à resposta, o SUS foi testado em relação ao planejamento, organização, financiamento e prestação da assistência. O Brasil apresenta flagrantes desigualdades geográficas, desproporção de recursos para acesso e uso segundo estratificação e tipo de procedimento. Os leitos de internação de maior complexidade no País, como os de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Tipo III, têm uma tendência de concentração ainda maior nas Regiões Sul (2 leitos/100 mil habitantes) e Sudeste (1,5 leitos/100 mil habitantes). Já na Região Norte, a taxa é de 0,03 leitos de UTI Tipo III/100 mil habitantes, agravada pelo fato de mais de 90% desse tipo de leito estar disponível somente para o setor privado<sup>1</sup>. Dessa forma, os recursos assistenciais em saúde tendem a ser triplamente concentrados de acordo com características regionais, demanda e oferta pública ou privada, e complexidade dos recursos assistenciais.

Após anos de subfinanciamento, o SUS se vê diante de um dos maiores desafios desde a sua criação. Expandir leitos, adquirir equipamentos e insumos passou a ser prioridade. Lidar com as desigualdades regionais na prestação da assistência à saúde passou a ser uma realidade. Articular uma estratégia público-privada para atender a todos os acometidos

tornou-se uma possibilidade. O sistema universal, ainda que com bases financeiras frágeis, evidenciou suas potencialidades técnicas e políticas.

A principal estratégia que os países que nos antecederam no enfrentamento da Covid-19 encontraram para diminuir a disseminação foi o distanciamento social<sup>2</sup> e, após o controle e diminuição constante do número de casos, o retorno gradual e programado de determinadas atividades econômicas<sup>3,4</sup>.

No Brasil, a doença se alastrou a partir das capitais. No mês de junho de 2020, deu-se início à flexibilização do isolamento social em algumas localidades sem que os requisitos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para suspensão gradativa das medidas de isolamento tenham sido observados<sup>4,5</sup>. O acesso a leitos está sendo utilizado como principal parâmetro para flexibilizar o isolamento social<sup>6,7</sup>, de modo que, se houver leito disponível, a flexibilização é permitida independentemente de critérios epidemiológicos.

Considerando a necessidade de o sistema de saúde viabilizar atendimento célere e oportuno durante a pandemia, busca-se levantar informações que permitam uma aproximação às condições de acesso aos serviços públicos e privados. Destarte, o objetivo do presente trabalho foi buscar evidências sobre a ocorrência de mudanças na oferta e acesso a serviços de saúde públicos e privados no Brasil durante a pandemia de Covid-19, identificando aspectos que nos aproximam ou nos afastam do princípio de universalidade do SUS.

## **Material e métodos**

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, no qual se esquadrinham problemas para acesso aos serviços públicos e privados de saúde durante a pandemia no Brasil, tendo como base três dimensões: oferta de leitos para internação por Covid-19; pleitos reivindicando acesso a serviços; e iniciativas para uso de recursos assistenciais privados pelo SUS. Esse delineamento metodológico pode ser observado na matriz do estudo (*figura 1*). Para tanto, foram consultados dados secundários disponíveis em fontes governamentais de órgãos dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; bem como pesquisa bibliográfica, documental e de notícias veiculadas pela mídia especializada e comercial.

O acesso a leitos foi avaliado por meio da quantidade de leitos de terapia intensiva (UTI) públicos e privados direcionados para tratamento de Covid-19, além de estimativas sobre o acesso da população que recorreu aos serviços públicos e privados de saúde, englobando taxa de ocupação, ocorrência de filas e dificuldade para atendimento.

Foi pesquisada a quantidade de novos leitos direcionados, exclusivamente, para tratamento de Covid-19 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no DataSUS e obtidos via Tabnet<sup>1</sup>, quais sejam os leitos complementares ‘UTI II Adulto Covid-19’ e ‘UTI II Pediátrica Covid-19’, incluídos na tabela de leitos do CNES mediante regulamentação específica<sup>8,9</sup>.

Os leitos complementares são categorizados no CNES, conforme sua habilitação, como ‘SUS’ ou ‘não SUS’. O leito complementar ‘SUS’ corresponde àquele habilitado pelo Ministério da Saúde (MS) em portaria. O leito ‘não SUS’ pode ter dois significados: leito privado não utilizado no SUS ou leito utilizado no SUS (em hospital público ou privado), mas ainda não habilitado pelo MS<sup>10,11</sup>.

Os leitos complementares de UTI II Covid-19 categorizados no CNES como ‘não SUS’, mas localizados em estabelecimentos públicos de saúde, foram identificados neste estudo como leitos ‘SUS não habilitados’, visto que prestam atendimento no SUS, mas ainda não constam em portaria do MS. Os leitos categorizados no CNES como ‘não SUS’ e situados em estabelecimentos privados foram identificados como ‘não SUS não habilitados’.

A análise dos pleitos reivindicando acesso a serviços públicos e privados de saúde baseou-se na consulta a nas decisões judiciais e ao registro de reclamações na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>12</sup>. As ações judiciais foram consultadas em boletins divulgados no sítio eletrônico dos Tribunais de Justiça dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, os quais consolidaram um repositório de decisões de tribunais de justiça de todo o País e do Supremo Tribunal Federal (STF) que tiveram como escopo a pandemia de Covid-19<sup>13-15</sup>. Foram consultadas as decisões relacionadas com o acesso a serviços de saúde informadas nos boletins divulgados pelos referidos tribunais entre 1º de março e 13 de julho de 2020. Os dados sobre reclamações efetuadas por consumidores de planos de saúde, no período de 1º de março a 26 de junho de 2020, foram obtidos a partir de informações disponibilizadas pelo órgão regulador<sup>12</sup>.

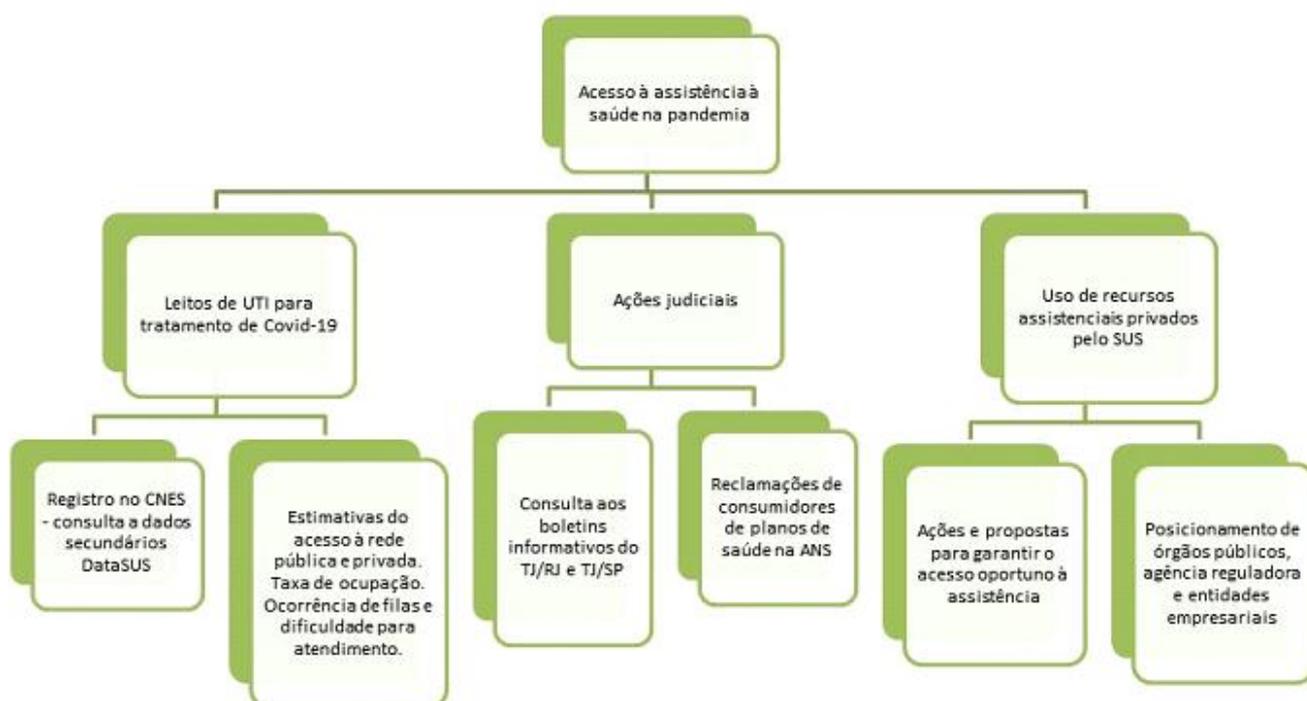
Por fim, as relações entre o SUS e o setor privado assistencial, considerando planos de saúde e hospitais privados, foram analisadas a partir das ações realizadas e medidas propostas para oportunizar o acesso, por meio de documentos que permitiram identificar o posicionamento de órgãos públicos, da ANS e de entidades empresariais.

Entre as principais limitações do estudo, situa-se o possível hiato de tempo no registro e na habilitação de leitos complementares ‘SUS’ e ‘não SUS’. Leitos Covid-19 categorizados como ‘não SUS não habilitados’ podem pertencer a estabelecimentos privados que prestam atendimento ao SUS, mas ainda não foram habilitados em portaria.

Não é possível afirmar que os dados abarcam todos os leitos Covid-19, em especial quanto aos leitos localizados em estabelecimentos privados que prestam atendimento a planos privados de saúde, pois não necessariamente atualizaram a base de dados do CNES.

No que concerne às decisões judiciais, as ações compiladas pelos Tribunais de Justiça do Rio de Janeiro e de São Paulo incluem decisões de outras unidades federativas, mas podem não alcançar a totalidade de casos judicializados no País durante a pandemia.

Figura 1. Matriz metodológica do estudo



Fonte: elaboração própria.

## Resultados e discussão

### O SUS e o setor privado na pandemia: oferta e acesso a leitos para tratamento da Covid-19

A despeito da declaração de emergência de saúde pública pela OMS<sup>16</sup> diante da gravidade evidenciada no cenário internacional pelo aumento exponencial de casos em diversos países e do primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil ter ocorrido em fevereiro de 2020<sup>17</sup>, somente em março foi publicada pelo MS a portaria que autorizou a

habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico para atendimento exclusivo dos pacientes com Covid-19, com custeio diferenciado para diária hospitalar<sup>8</sup>. O processo de habilitação desses leitos no SUS somente teve início em abril, momento em que o País passou a registrar mais de 85 mil casos, o número de óbitos saltou de 242 para quase 6 mil<sup>17</sup> e alguns municípios registravam taxa de ocupação de leitos UTI acima de 90%<sup>18-21</sup>. Provavelmente, esses leitos já estavam disponíveis para o SUS.

No âmbito nacional, os primeiros 2.409 ‘leitos SUS’ foram habilitados em abril de 2020 e aumentaram para 8.764 em junho. Somada aos ‘leitos SUS não habilitados’, no período de março a junho, a oferta da rede SUS triplicou, totalizando 15.662 leitos, o que decorreu de esforços no âmbito público (aumento de leitos em estabelecimentos públicos e hospitais de campanha).

A cidade de São Paulo apresentou maior incremento de ‘leitos SUS’, habilitados ou não, totalizando mais de 3.700 leitos Covid-19 em junho. Outros estados cujas capitais enfrentaram colapso do sistema, como Ceará, Pará e Rio de Janeiro<sup>22,23</sup>, também tiveram aumento expressivo do número de leitos SUS (*tabela 1*).

Tabela 1. Número de leitos de UTI\* ‘SUS habilitados’, ‘SUS não habilitados’ e ‘não SUS’ para tratamento da Covid-19, por Unidade Federativa (UF) e regiões do País, no período de março a junho de 2020. Brasil

UF	Quantidade SUS habilitados**				Quantidade SUS não habilitados (administração pública)					Quantidade não SUS (estabelecimento privado)				
	2020/Abr	2020/Mai	2020/Jun	Variação maio e junho	2020/Mar	2020/Abr	2020/Mai	2020/Jun	Variação maio e junho	2020/Mar	2020/Abr	2020/Mai	2020/Jun	Variação maio e junho
Rondônia	38	45	81	36	10	25	46	57	11	0	0	22	21	-1
Acre	10	10	30	20	10	44	44	34	-10	0	0	0	0	0
Amazonas	144	194	194	0	4	109	87	59	-28	0	0	0	0	0
Roraima	0	0	15	15	0	20	30	20	-10	0	0	0	0	0
Pará	32	300	316	16	10	242	286	413	127	2	12	6	6	0
Amapá	0	32	32	0	13	33	11	11	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	42	42	0	0	26	0	17	17	0	14	5	5	0
Norte	224	623	710	87	47	499	504	611	107	2	26	33	32	-1
Maranhão	110	212	228	16	31	94	134	157	23	30	38	28	8	-20
Piauí	20	92	138	46	198	160	150	168	18	25	42	33	43	10
Ceará	200	362	382	20	333	511	314	371	57	20	123	126	101	-25
Rio Grande do Norte	10	140	142	2	160	248	204	222	18	0	65	65	70	5
Paraíba	0	105	170	65	0	83	61	71	10	4	5	6	15	9
Pernambuco	228	408	634	226	514	586	594	509	-85	68	136	207	126	-81
Alagoas	132	154	154	0	67	53	84	91	7	55	20	31	31	0
Sergipe	44	54	54	0	0	1	10	16	6	24	0	48	90	42
Bahia	90	188	529	341	517	777	638	530	-108	166	176	182	146	-36
Nordeste	834	17.15	2.431	716	1.820	2.513	2.189	2.135	-54	392	605	726	630	-96
Minas Gerais	40	95	418	323	96	558	477	531	54	94	898	971	953	-18
Espírito Santo	88	165	165	0	47	249	207	260	53	10	123	161	186	25
Rio de Janeiro	40	510	733	223	878	1.423	1.155	1.250	95	87	219	207	181	-26
São Paulo	734	2.001	2.056	55	1.281	1.420	1.544	1.647	103	445	997	963	1.430	467

Sudeste	902	2.771	3.372	601	2.302	3.650	3.383	3.688	305	636	2.237	2.302	2.750	448
Paraná	30	435	473	38	353	331	30	158	128	467	281	82	181	99
Santa Catarina	180	372	453	81	79	95	51	34	-17	113	181	146	114	-32
Rio Grande do Sul	30	275	586	311	30	91	76	35	-41	381	424	257	173	-84
Sul	240	1082	1512	430	462	517	157	227	70	961	886	485	468	-17
Mato Grosso do Sul	25	139	157	18	4	33	23	5	-18	10	32	31	34	3
Mato Grosso	0	198	258	60	251	269	80	20	-60	18	15	8	40	32
Goiás	104	139	139	0	94	172	133	192	59	12	13	37	129	92
Distrito Federal	80	185	185	0	0	0	20	20	0	0	0	0	80	80
Centro-Oeste	209	661	739	78	349	474	256	237	-19	40	60	76	283	207
Total	2.409	6.852	8.764	1.912	4.980	7.653	6.489	6.898	409	2.031	3.814	3.622	4.163	541

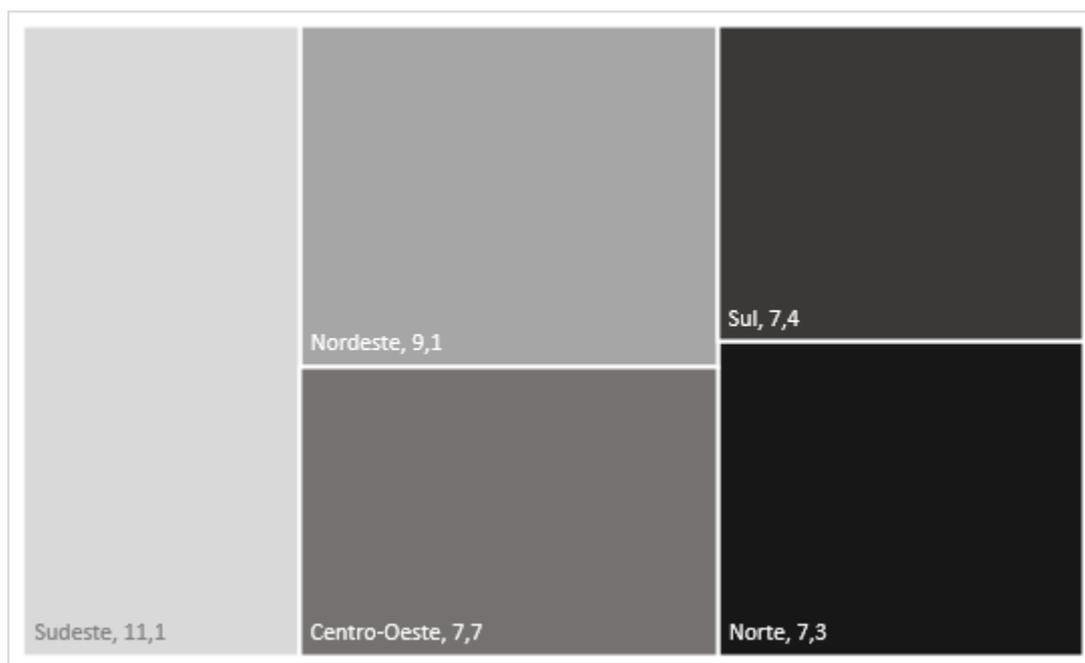
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. março a junho 2020<sup>1</sup>.

\* UTI adulto II Covid-19 e UTI pediátrica II Covid-19.

\*\* Em março de 2020, não havia registro de leitos UTI adulto II Covid-19 e UTI pediátrica II Covid-19 habilitados pelo Ministério da Saúde.

A despeito da ampliação da capacidade instalada, nota-se que a abertura de leitos manteve desigualdades existentes, com incremento maior na Região Sudeste e menor na Região Norte (*Figura 2*).

Figura 2. Quantidade de leitos de UTI para tratamento de Covid-19 por 100 mil habitantes, em maio de 2020, por regiões do país. Brasil



Fonte: elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde. DataSUS (número de leitos)<sup>1</sup> e Painel coronavírus (número de habitantes)<sup>17</sup>. 2020.

Cabe registrar a importância do CNES como uma fonte para análises de leitos e recursos disponíveis nos estabelecimentos de saúde do País e que a habilitação dos leitos Covid-19 possibilita o acesso a recursos diferenciados no âmbito do SUS. Entretanto, a referida base não possibilita, ao menos no presente momento, análises mais robustas sobre o quantitativo de leitos privados Covid-19, não permitindo conhecer com precisão a capacidade instalada no País, indicando uma vulnerabilidade do sistema e abrindo brecha para interpretações equivocadas a respeito dos recursos assistenciais disponíveis.

A ANS requisitou informação para 109 empresas de planos de saúde que possuíam hospitais próprios. As informações provenientes de 50 empresas respondentes indicaram taxas de ocupação de leitos alocados para atendimento à Covid-19 de 45% e 61% em abril e maio respectivamente<sup>24</sup>.

Enquanto isso, o SUS registrava fila de espera para internação e taxas de ocupação de leitos próximo da capacidade máxima em diversas localidades do País<sup>22,23</sup>. Ainda em maio,

hospitais privados iniciaram a redução da quantidade de leitos para atendimento a esses casos<sup>25</sup>. Fica evidente, portanto, a desigualdade no acesso aos serviços públicos e privados de saúde, principalmente, pela desproporção entre potencial demanda privada e oferta, visto que a população vinculada a planos de saúde representa cerca de 24% da população<sup>26</sup>.

Seguindo a tendência do setor privado, em junho, foi iniciado o fechamento de leitos públicos e hospitais de campanha em algumas cidades ante a redução da taxa de ocupação de leitos<sup>27,28</sup>.

Os resultados do presente estudo estão em consonância com achados da literatura que demonstram discrepâncias na distribuição de leitos e recursos no País, repercutindo na capacidade de resposta à doença<sup>29,30</sup>.

Em que pese a importância do SUS no enfrentamento da pandemia, pode-se afirmar que a implementação de leitos públicos ocorreu tardiamente e não foi suficiente para garantir o pleno atendimento e o direito à saúde em diferentes cidades. O cenário configurado por fila de espera no SUS *versus* leitos ociosos e encerrados no setor privado, em um contexto de pandemia em curso, preservou e acirrou desigualdades de acesso.

Assim como em outros países, hospitais foram reorganizados, com parte dos recursos físicos e humanos anteriormente alocados aos procedimentos de diferentes especialidades médicas sendo adaptados para cuidados intensivos. No entanto, ainda é incerto o quanto as modificações serão absorvidas e qual será o real legado para os sistemas de saúde<sup>31</sup>.

### **Ações judiciais e reclamações envolvendo a garantia de acesso aos serviços de saúde**

No período de 1º de março a 13 de julho de 2020, foram identificadas 23 decisões judiciais envolvendo a garantia de acesso durante a pandemia. A maior parte das ações foi proveniente de planos de saúde, tal como vem sendo assinalado pela literatura<sup>32</sup>. Das 14 ações judiciais voltadas para o acesso a planos privados de saúde, 8 estavam relacionadas com a cobertura independentemente do prazo de carência; e nenhuma, com a dificuldade de leito disponível para internação. Entre as nove ações relacionadas ao SUS, três estabeleceram prazos para a instalação de novos leitos e hospitais de campanha, e quatro delas pleitearam internações.

Grande parte das decisões foi favorável aos cidadãos, tal como apontado em outros estudos<sup>33-35</sup>. Embora a via judicial não tenha sido muito acionada, fica evidente que, enquanto no setor público os usuários buscaram acesso à internação em UTI por falta de vaga, não foi identificada ação judicial de consumidores de planos de saúde pleiteando vaga de terapia

intensiva por falta de leitos, mas, sim, acesso para clientes que estavam cumprindo o prazo de carência contratual.

A dificuldade de acesso à UTI por pacientes do SUS precede a pandemia e é exacerbada por esta, configurando, o judiciário, importante espaço para preservação de direitos. A busca de acesso pela via judicial reitera a busca de direitos individuais, mesmo quando as estratégias de enfrentamento recomendadas são coletivas.

No que se refere às reclamações efetuadas pelos clientes de planos privados na ANS, entre 1º de março e 26 de junho de 2020, foram contabilizados o total de 5.333 queixas relacionadas com o tema coronavírus, sendo 49 delas por ‘ausência de rede para tratamento ou internação’<sup>12</sup>.

### **Relações entre o SUS e o setor privado hospitalar e empresas de planos de saúde na pandemia**

É possível destacar alguns fatores relativos à falta de acesso a internações no SUS: demora para se organizar para enfrentamento da pandemia; leitos de hospitais de campanha que não saíram do papel; atraso na liberação de recursos financeiros; e o fator mais decisivo que poderia ter mudado completamente o panorama da pandemia no Brasil: a falta de integração para regulação de leitos públicos e privados e fila única para atendimento a casos graves de Covid-19.

A proposta para unificar os leitos de internação e de UTI públicos e privados para o enfrentamento da pandemia, lançada pelas campanhas unificadas ‘Leitos para todos’ e ‘Vidas iguais’<sup>36,37</sup>, consistiu na criação de um sistema nacional de vagas que seria regulamentado pelo MS em articulação com estados, municípios e prestadores de serviços, e na regulação de centrais únicas de vagas pelas secretarias de saúde estaduais<sup>38-40</sup>.

Tal medida, que embasou o Projeto de Lei nº 2.324/2020<sup>41</sup>, aprovado pelo Senado Federal, está legalmente prevista na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e na Lei nº 13.979/2020<sup>42</sup>, sobre medidas para enfrentamento da situação de emergência. Contudo, a requisição de leitos privados não foi a opção adotada pelo governo federal mesmo na fase mais crítica da doença, na qual capitais apresentaram filas de espera de pacientes para leitos públicos.

Consultada pelo MS a respeito da recomendação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que propõe a requisição de leitos privados pelo SUS e a regulação única durante a pandemia<sup>43</sup>, a Diretoria Colegiada da ANS manifestou, em documento aprovado por quatro

dos cinco diretores, que a gestão unificada de leitos poderia “gerar o sentimento de restrição de acesso pela ótica do beneficiário” de planos privados de saúde<sup>44(6)</sup> e “levar à desarticulação da rede assistencial privada”<sup>44(7)</sup>. Além disso, a “gestão unificada dos leitos públicos e privados para o enfrentamento da Covid-19 seria fator de forte impacto sobre organização do acesso dos beneficiários à rede hospitalar para outras necessidades em saúde”<sup>44(5)</sup>. O referido documento menciona, ainda, que a “hipótese de gestão unificada dos leitos públicos e privados [...] dependeria de uma regulação que equilibrasse oferta e demanda [...] de modo a ocupar leitos efetivamente ociosos”<sup>44(5)</sup> e que, predominantemente, a precificação das internações no setor suplementar de saúde é negociada caso a caso, de acordo com a unidade hospitalar.

Em resposta à recomendação do CNS, entidades representativas de hospitais e planos privados se manifestaram contrariamente. A Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde) alegou desorganização da rede privada, possibilidade de disputa judicial por leitos e descrédito dos planos de saúde<sup>45</sup>.

As deficiências do SUS e a ausência de sistema de gestão para conduzir a fila única foram as justificativas apresentadas pela Federação Nacional dos Corretores de Seguros Privados (Fenacor) e pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)<sup>46,47</sup>. A Fenacor acrescenta que a baixa ocupação na rede privada ocorre por reserva de leitos para atender a outras enfermidades e propõe como alternativa que o SUS continue adquirindo leitos nos hospitais privados.

Destoando do coro dos contrários ao uso de leitos privados durante a pandemia, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) estimou que 80% dos hospitais privados do País estavam ociosos e sugeriu a contratação desses leitos que estariam prontos para receber pacientes do SUS<sup>45</sup>, o que apoiaria hospitais de pequeno e médio impactados pela queda de receita<sup>48</sup>.

A Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp) ratifica a queda da receita dos hospitais, porém, posiciona-se contrária à unificação dos leitos, argumentando ausência de planejamento, desestruturação do setor suplementar, insegurança jurídica e deficiências estruturais do sistema de saúde<sup>49</sup>.

Os valores oferecidos pela diária de UTI do MS também foram considerados insatisfatórios, embora a portaria que trata da habilitação de leitos de UTI para tratamento de Covid-19 tenha sido republicada para dobrar o valor da diária para R\$ 1.600,00<sup>8</sup>.

A fim de evitar a fila única e a requisição administrativa de leitos pelo setor público sem remuneração acordada, associações representativas de hospitais privados e de empresas

de planos de saúde apresentaram quatro propostas ao MS: revitalização de leitos públicos fechados, construção de hospitais de campanha, testagem da população e abertura de editais públicos para contratação de leitos e serviços<sup>50</sup>.

Argumentos contrários aos dos setores empresariais foram elencados por pesquisadores e entidades representativas de movimentos sociais. A unificação dos leitos públicos e privados, medida calcada no arcabouço jurídico, prevê a utilização de leitos privados por indivíduos que não possuem plano de saúde mediante indenização<sup>51</sup>, cabendo destacar que a contratação de estabelecimentos privados e filantrópicos para atendimento a pacientes do SUS é uma prática já adotada no Brasil. Ademais, deixar de viabilizar o atendimento oportuno e efetivo a usuários que estão na fila do SUS sob a justificativa de que pode faltar leito para consumidores de planos de saúde, que não apresentam problemas de acesso, não parece plausível.

Em que pese o posicionamento de órgãos e entidades representativas, a unificação dos leitos deveria ser uma decisão do governo federal em pactuação com os atores envolvidos. Estabelecer acordos sobre valores de remuneração e pormenores procedimentais e viabilizar a adoção dessa medida mitigando discordâncias são tarefas para autoridade sanitária nacional.

O avanço avassalador de uma pandemia exige celeridade no planejamento. A gestão unificada de leitos não pretende sanar as deficiências do sistema de saúde, e, sim, garantir atendimento igualitário a pessoas com diagnóstico ou suspeita de Covid-19. Experiências da Austrália, da Espanha, da Irlanda e do Reino Unido, países que uniram hospitais públicos e privados para atendimento durante a pandemia, demonstram a factibilidade da proposta<sup>38,39</sup>. Inclusive, é importante ressaltar que os recursos orçamentários para enfrentamento da pandemia poderiam ter sido utilizados para organizar uma rede assistencial efetiva, entretanto, apenas uma parcela do orçamento autorizado foi empenhada e executada pelo governo federal<sup>52</sup>.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) se manifestou pela adoção de medidas de gestão voltadas à prevenção da judicialização da saúde durante a pandemia, recomendando o diálogo entre as esferas pública e privada e a centralização da gestão da rede de serviços regionais/estaduais. No detalhamento das proposições, sugeriu a contratação dos leitos privados a serviço do SUS por meio de chamamentos públicos e mencionou a possibilidade de requisição de recursos hospitalares privados<sup>53</sup>.

Algumas iniciativas caminharam nessa direção, com a publicação de editais de chamamento público para hospitais privados no Rio Grande do Sul<sup>54</sup>, bem como a publicação de decretos prevendo a possibilidade de requisição de leitos particulares em São Paulo/SP<sup>55</sup>,

Nova Friburgo/RJ<sup>56</sup> e Maranhão<sup>57</sup>, por exemplo. O governo do Distrito Federal, por sua vez, publicou decreto requisitando 65 leitos de UTI, insumos e profissionais de saúde de hospitais particulares, mas o normativo foi revogado após acordo para que hospitais privados cedessem 35 leitos de UTI para a rede pública<sup>58</sup>.

À exceção de algumas experiências isoladas, a atuação do setor privado se restringiu a doações de grandes empresas para a rede pública, podendo-se citar: Grupo Fleury, Rede Ímpar, Rede D'Or, Droga Raia, Drogasil, Eurofarma Qualicorp e UnitedHealth Group Brasil, assim como realizado por estatais, empresas privadas, empresas do setor bancário e pessoas físicas<sup>52,59</sup>. Sob a justificativa de que a situação de emergência poderia se agravar no País e que, assim, faltariam leitos para os consumidores de planos de saúde, a letargia e as lacunas de coordenação das respostas do governo brasileiro foram funcionais à manutenção da segmentação: cada setor atende a uma determinada parcela da população.

Dessa forma, a crise sanitária gerada pela Covid-19 agrava necessidades de saúde existentes e expõe fragilidades de um sistema de saúde subfinanciado e depreciado ao longo dos anos, com toda a sua potência relegada ao status de 'SUS para pobres', enquanto o setor privado de saúde tenta fortalecer uma imagem positiva com doações ao setor público.

Apesar de as contribuições da rede hospitalar privada terem sido importantes em um contexto de desprovimento de recursos e demora para organizar a rede hospitalar pública, constatou-se que o potencial de sinergia na interação entre SUS e planos e hospitais privados para salvar vidas foi reduzido a mero auxílio para atenuar lacunas pontuais do SUS.

### **Considerações finais**

A desigualdade no acesso aos serviços públicos e privados de saúde permaneceu latente durante a pandemia de Covid-19. Expansão de leitos públicos e perfis de mortalidade diferenciados por região do País, demora para abertura de novos leitos no SUS, ausência de informações sobre a capacidade instalada em hospitais privados, falta de interação entre setores público e privado para mitigar a letalidade pelo novo coronavírus; e pacientes do SUS recorrendo ao Judiciário por vaga em UTI, enquanto os consumidores de planos de saúde pleitearam a suspensão dos prazos de carência contratual, marcaram os principais achados do presente estudo.

Cabe acompanhar qual será o legado da expansão do número de leitos e de recursos para o SUS, não obstante parte dessa expansão seja fugaz, uma vez que hospitais de campanha estejam sendo desmontados.

A expansão de leitos de terapia intensiva não reduziu as discrepâncias entre as regiões brasileiras, tampouco solucionou a escassez de leitos que precede a pandemia. A ocorrência de filas de pacientes à espera de leitos, derivada tanto da insuficiência de leitos públicos quanto da incapacidade de resposta governamental a termo, bem como da desarticulação entre os setores público e privado de saúde – incluindo as empresas de planos de saúde e os hospitais privados –, sugere a incúria e o insucesso no planejamento das ações para enfrentamento da pandemia. As mudanças de Ministros da Saúde por discordâncias na condução da pandemia e os indícios de fraudes na aquisição de recursos em algumas cidades do país foram agravantes nesse cenário e turbinaram a crise política.

A omissão de informações sobre a existência de filas e a ausência de informações precisas sobre a expansão de leitos Covid-19 no setor privado inviabilizam sobremaneira o planejamento das ações, a realocação de recursos e a formulação de políticas públicas que visem apontar alternativas para o enfrentamento da pandemia.

A organização da rede assistencial insuficiente, tardia e decalcada na estrutura desigual da oferta conjugada com flexibilização precoce do isolamento social agravaram a transmissão e a letalidade da doença no País. Tenta-se difundir, frequentemente com base na ocupação de leitos, uma falsa impressão de normalidade, gerando uma indiferença como se as ‘vidas não importassem’. Impõe-se uma interpretação inadequada de resiliência, como se fosse plausível considerar resiliente a aceitação de que critérios econômicos se sobreponham à vida de milhares de pessoas.

Construir hospitais de campanha foi a principal política para ampliar a capacidade instalada e o acesso da população. Países como China, Espanha e Itália também optaram pela organização de hospitais de campanha para aumentar a quantidade de leitos, no entanto, nesses países, a implementação foi realizada de forma célere. No Brasil, onde a oferta de leitos privados, especialmente de terapia intensiva, é sabidamente maior do que a pública, a estratégia priorizada não foi a do uso de recursos existentes. Mesmo diante dos problemas na compra de respiradores e contratação de profissionais, que inviabilizou a abertura de hospitais de campanha ou seu pleno funcionamento, a captação de leitos de hospitais privados já equipados e prontos para receber pacientes em filas à espera de atendimento especializado ficou restrita a determinadas cidades.

Embora experiências internacionais e nacionais demonstrem a viabilidade da medida, em todas as cidades que registraram colapso do sistema de saúde, a opção foi privilegiar a esfera privada em detrimento da vida, uma omissão que vai entrar para este capítulo da nossa história.

O art. 6º da Constituição Federal de 1988 prevê que a saúde é um direito social, inderrogável, irrenunciável e indisponível. Dessa forma, não pode ser extinto pela lei nem renunciado pela própria pessoa<sup>60</sup>. Diante dessa máxima, pode o poder público se eximir da responsabilidade na prestação de assistência à saúde e acesso aos serviços?

Recorrer ao Poder Judiciário tem sido a via escolhida para a garantia de direitos não atendidos pelos setores público e privado de saúde, e essa prática continua em evidência neste momento de crise sanitária, importando destacar a atuação do Poder Judiciário e do Ministério Público na proteção de direitos durante a pandemia. Todavia, o acesso a leitos deveria ser igualitário para todos os indivíduos como diretriz nacional, não sendo necessário pleitear por via judicial um direito constitucional, principalmente em uma situação de urgência na qual é premente a garantia de acesso oportuno.

O enfrentamento da pandemia poderia promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público e do complexo médico-industrial da saúde, diante do aumento dos investimentos públicos, abertura de novos leitos, reconhecimento e valorização do trabalho dos profissionais de saúde, investimentos em ciência e tecnologia e na indústria nacional e atendimento igualitário. Ao contrário, a resposta brasileira à covid-19, repleta de falhas, acentua fragilidades do poder público e conota renúncia a respeitar a garantia à saúde como um direito social previsto na Constituição Federal.

Enquanto muitos cidadãos brasileiros não conseguirem respirar por inclemência de autoridades governamentais e empresários privados, os princípios de universalidade do SUS ficam questionados; a garantia da vida e dos direitos sociais permanecem em último plano.

A taxa de ocupação de leitos utilizada como principal critério para a flexibilização do isolamento social desfigura a realidade. A imposição de uma suposta volta da normalidade tem sido acompanhada por sugestões de sustar políticas sociais, como auxílios de renda, retração de medidas preventivas e ênfase na recomendação de estratégias farmacológicas sem evidências científicas.

Ainda assim, o principal esforço do governo federal na luta contra o vírus, centrado em drogas antimaláricas e vermífugos, é questionável. Enquanto sobram medicamentos sem comprovação científica, faltam anestésicos para entubar os pacientes em estado crítico.

As desigualdades no acesso aos serviços públicos e privados no País foram blindadas, as estruturas que nutrem as disparidades assistenciais estão vigentes. Tanto a lógica subjacente à Emenda Constitucional nº 95/2016 quanto a capacidade de vocalização de interesses e veto a políticas universais de grupos econômicos continuam intactas. Entretanto, detecta-se a afirmação de valores sociais solidários e amplo reconhecimento da relevância do

SUS. Uma contradição explícita entre as expectativas da população e as políticas governamentais, que, certamente, acresce tensão à crise e ao debate sobre a reforma do sistema de saúde no Brasil.

### Colaboradores

Costa DCAR (0000-0001-9691-9748)\* e Bahia L (0000-0001-8730-2244)\* contribuíram para a elaboração do artigo com as seguintes atividades: concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Carvalho EMCL (0000-0002-9517-7161)\*, Cardoso AM (0000-0001-9658-5899)\* e Souza PMS (0000-0002-7058-8386)\* contribuíram com as seguintes atividades: revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) [internet]. [Brasília, DF]: Informações de saúde. Rede Assistencial; 2020 [acesso em 2020 jun 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/leiutibr.def>.
2. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London: Imperial College London; 2020.
3. Leung K, Wu JT, Liu D, et al. First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning. *Lancet* [internet]. 2020 [acesso 2020 jul 10]; (395):1382-93. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30746-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30746-7.pdf).
4. World Health Organization. Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance. Geneva: WHO; 2020.
5. Fundação Oswaldo Cruz. Monitora Covid-19. Tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados. Nota Técnica: 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
6. Prefeitura do Rio de Janeiro. Programa Rio de Novo [internet]. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: [https://riocontraocorona.rio/plano-de-retomada/#:~:text=Plano%20de%20Retomada%20\(atualizado%2010,do%20dia%2002%2F06\)](https://riocontraocorona.rio/plano-de-retomada/#:~:text=Plano%20de%20Retomada%20(atualizado%2010,do%20dia%2002%2F06)).
7. Estado de São Paulo. Plano São Paulo [internet]. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/balanco-plano-sp-10072020.pdf>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 414, de 18 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Diário Oficial da União. 09 Abr. 2020.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 237, de 18 de março de 2020. Inclui leitos e procedimentos na Tabela SUS para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Diário Oficial da União. 09 Abr. 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Orienta%C3%A7%C3%B5es\\_CNES\\_-\\_COVID-19](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Orienta%C3%A7%C3%B5es_CNES_-_COVID-19).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 11] Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Principais\\_Conceitos#:~:text=Leitos%20n%C3%A3o%20SUS%3A%20um%20leito,em%20hospitais%20privados\)%3B%20ou](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Principais_Conceitos#:~:text=Leitos%20n%C3%A3o%20SUS%3A%20um%20leito,em%20hospitais%20privados)%3B%20ou).
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Coronavírus: informe sobre demandas dos beneficiários [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNTMzYjNmZDQtODczOC00ZTFmLWJhNzUtNjdlM2FkMjZjMGJmIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>.
13. Rio de Janeiro (estado). Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Boletim Especial COVID-19 (coronavírus) [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: [http://conhecimento.tjrj.jus.br/web/portal-conhecimento/boletimcovid-19\\_tjrj](http://conhecimento.tjrj.jus.br/web/portal-conhecimento/boletimcovid-19_tjrj).
14. São Paulo (estado). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Boletim 1 - Grupo de Apoio ao Direito Privado COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Coronavirus/material/BoletimGapriCovid19.pdf>.
15. São Paulo (estado). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Boletim 2 - Grupo de Apoio ao Direito Privado COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Coronavirus/material/Boletim-Covid-Gapri-02.pdf?637273759985579068>.
16. World Health Organization. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Geneva: WHO; 2020.
17. Brasil. Ministério da Saúde. [internet]. [Brasília, DF]: Painel Coronavírus; 2020 [acesso em 2020 jun 23]. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>.
18. Amazonas. Governo do Estado, Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Manaus registra menor taxa de ocupação de leitos desde o início da pandemia, informa Susam [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: [http://www.fvs.am.gov.br/noticias\\_view/3964](http://www.fvs.am.gov.br/noticias_view/3964).
19. Ceará. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. Boletim epidemiológico [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/BOLETIM\\_COVID\\_26\\_05\\_2020.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/BOLETIM_COVID_26_05_2020.pdf).
20. Pernambuco. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. COVID-19 em dados [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: <https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html#regula%C3%A7%C3%A3o-srag>.

21. G1 Pará. Todas as UTIs públicas da rede municipal de Belém estão ocupadas, alerta Sesma. [internet]. G1. 2020 Abr 4 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2020/04/20/todas-as-utis-publicas-de-belem-estao-ocupadas-alerta-sesma.ghtml>.
22. Correia B. Fila de espera de pacientes com COVID-19 aumenta no Rio; hospitais têm leitos, mas faltam profissionais [internet]. G1. 2020 Maio 27 [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/27/fila-de-espera-de-pacientes-com-covid-19-aumenta-no-rio-hospitais-tem-leitos-mas-faltam-profissionais.ghtml>.
23. Cerqueira S, Thomas JA, Bruno C. COVID-19: o drama nos hospitais públicos e as saídas para mitigar a crise [internet]. Veja. 2020 Maio 15 [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/COVID-19-o-drama-nos-hospitais-publicos-e-as-saidas-para-mitigar-a-crise/>.
24. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim COVID-19: saúde suplementar [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/Boletim\\_COVID-19\\_ANS\\_Junho\\_Link.pdf](http://www.ans.gov.br/images/Boletim_COVID-19_ANS_Junho_Link.pdf).
25. Alves R, Barreira G. Hospitais privados do RJ têm queda na ocupação de Covid, mas médicos alertam para risco de novo aumento de contágio [internet]. G1. 2020 Maio 5 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/29/hospitais-privados-do-rj-tem-queda-na-ocupacao-de-covid-mas-medicos-alertam-para-risco-de-nova-onda-de-contagio.ghtml>.
26. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sala de situação [internet]. 2020. [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>.
27. São Paulo (cidade). Câmara Municipal. Coronavírus: fechamento do hospital de campanha do Pacaembu. [internet]. 2020 [acesso 2020 maio 18]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.leg.br/coronavirus/blog/coronavirus-fechamento-do-hospital-de-campanha-do-pacaembu/>.
28. Garret Jr. G. Manaus fecha hospital de campanha após queda de casos da covid-19 [internet]. Exame. 2020 jun 24 [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://exame.com/brasil/manaus-fecha-hospital-de-campanha-apos-queda-em-casos-diarios-da-covid-19/>.
29. Castro CS, Holzgrefe Júnior JV, Reis RB, et al. Pandemia da COVID-19: cenário do sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento da crise. Res. Soc. Develop. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 15]; 9(7):e516974383. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41585>.
30. Portela MC, Pereira CCA, Lima SML, et al. Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40749/2/LimitesPossibilidadesMunicipiosCOVID-19.pdf>.
31. Fihn SD. COVID-19 - Back to the Future. JAMA Intern Med.[internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 10]; 180(9):1149-1150. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2768360>.

32. Ayres F, Lopes H, Yeung L, et al. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: Instituto de Ensino e Pesquisa; 2019.
33. Alves DC, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2009; 25(2):279-290. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000200006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200006).
34. Scheffer M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo tribunal de justiça do estado de São Paulo. Rev. de Direito Sanitário. 2013; 14(1):122-132.
35. Kozan JF. Por que pacientes com câncer vão à Justiça? Um estudo sobre ações judiciais movidas contra o Sistema Único de Saúde (SUS) e contra os planos de saúde na Cidade de São Paulo. [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2019. 105p.
36. Vidas iguais. Leitos para todos. Rede solidária em defesa da vida Pernambuco [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www.vidasiguais.com.br>.
37. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Campanhas Vidas Iguais e Leitos para Todos unificam ações e inspiram demais redes [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/campanhas-vidas-iguais-e-leitos-para-todos-unificam-acoes-e-inspiram-demais-redes/47115/>.
38. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES). As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e oportunismo. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/planos-de-saude-na-pandemia-do-coronavirus-entre-a-omissao-e-o-oportunismo/>.
39. Bahia L. O Brasil deveria criar uma regulação única de leitos públicos e privados no combate ao coronavírus? SIM [internet]. Folha de S. Paulo. 2020 abr 18 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/04/o-brasil-deveria-criar-uma-regulacao-unica-de-leitos-publicos-e-privados-no-combate-ao-coronavirus-sim.shtml>.
40. Folha de S. Paulo. Pesquisadores defendem fila única de leitos públicos e privados contra coronavírus [internet]. 2020 Abr 01 [acesso em 2020 jul 19]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/pesquisadores-defendem-fila-unica-de-leitos-publicos-e-privados-contracoronavirus.shtml>.
41. Brasil. Senado Federal. Senado aprova uso de leitos de UTI particulares por pacientes do SUS [internet]. Agência Senado. 2020 maio 26 [acesso em 2020 jun 24]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/26/senado-aprova-uso-de-leitos-de-uti-particulares-por-pacientes-do-sus>.
42. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. 07 Fev. 2020.

43. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 026, de 22 de abril de 2020. Recomenda aos gestores do SUS que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia [internet]. [acesso em 2020 maio 05]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020>.
44. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Voto nº 11/2020/DIGES [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/76499\\_\\_\\_Voto%2011.pdf](http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/76499___Voto%2011.pdf).
45. Monteiro BF. COVID-19: soluções técnicas para ampliar o número de leitos [internet]. Estadão. 2020 abr. 04 [acesso em 2020 maio 19]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/covid-19-solucoes-tecnicas-para-ampliar-o-numero-de-leitos/>.
46. Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo [internet]. Gestão unificada de leitos de UTI é desaprovada por seguradoras. 2020 maio 14 [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <http://cnc.org.br/editorias/sistema-comercio/noticias/gestao-unificada-de-leitos-de-uti-e-desaprovada-por-seguradoras>.
47. Federação Nacional de Saúde Suplementar [internet]. Presidente da FenaSaúde condena gestão unificada de leitos [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <http://fenasaude.org.br/noticias/presidente-da-fenasaude-condena-gestao-unificada-de-leitos.html>.
48. Nabuco F. Em vez de leitos improvisados em estádios, por que não os contratar na rede privada? Rev. Visão Hospitalar [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 07]; 9(31):10-11. Disponível em: [http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/04/RevistaHospitalar\\_Ed31\\_PT\\_27042020\\_web.pdf](http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/04/RevistaHospitalar_Ed31_PT_27042020_web.pdf).
49. Neves H. O Brasil deveria criar uma regulação única de leitos públicos e privados no combate ao coronavírus? NÃO [internet]. Folha de S. Paulo. 2020 Abr 18 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/04/o-brasil-deveria-criar-uma-regulacao-unica-de-leitos-publicos-e-privados-no-combate-ao-coronavirus-nao.shtml>.
50. Koike B. Rio de Janeiro: Fila única de pacientes gera polêmica [internet]. Blog Abramge. 2020 abr. 30 [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/fila-unica-de-pacientes-gera-polemica/>.
51. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde. Documento da ANS contém erros: questionamentos sobre a Nota Técnica nº 4/2020/DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), contrária ao uso de leitos privados por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia de COVID-19 [internet]. São Paulo: USP; Rio de Janeiro: UFRJ; 2020 [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/covid-19-documento-da-ans-contem-erros/>.
52. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde. Crise sanitária e recursos assistenciais para o enfrentamento da COVID-19: notas preliminares sobre orçamentos, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual. Nota Técnica. São Paulo: USP; Rio de Janeiro: UFRJ. 2020.

53. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass informa n. 230/2020. Nota Técnica CNJ n. 24 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-230-2020-nota-tecnica-cnj-n-24-sobre-adocao-de-medidas-de-gestao-voltadas-a-prevencao-da-judicializacao-da-saude-durante-a-pandemia-da-COVID-19/>.
54. Rio Grande do Sul. Governo do Estado. Edital de Chamamento Público nº 014/2020 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/15172510-edital-contrato-de-leitos-privados.pdf>.
55. São Paulo (estado). Decreto nº 59.396, de 5 de maio de 2020. Regulamenta a Lei nº 17.340, de 30 de abril de 2020, que dispõe sobre medidas de proteção da saúde pública e de assistência social e outras medidas para o enfrentamento da COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: [http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/nav\\_v5/index.asp?c=1&e=20200506&p=1](http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/nav_v5/index.asp?c=1&e=20200506&p=1).
56. Nova Friburgo. Decreto nº 605, de 08 de junho de 2020. Regulamenta no âmbito do município de Nova Friburgo, a requisição administrativa prevista no art. 5º, XXV, da Constituição Federal e dá outras providências [internet]. Diário Oficial Eletrônico do Município de Nova Friburgo. 2020 Jun 09 [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://plenussistemas.dioenet.com.br/public/uploads/diarios/2020/06/bb88b7b0b68214474b4805544e81863a.pdf>.
57. Maranhão. Governo do Estado. Governo do Maranhão publica decreto sobre requisição administrativa de leitos privados [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=276405>.
58. Brasil. Governo do Distrito Federal. Acordo entre Saúde e rede privada gera 35 leitos de UTI durante a pandemia [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/07/09/acordo-entre-saude-e-rede-privada-gera-35-leitos-de-uti-durante-a-pandemia/>.
59. Associação Brasileira de Captadores de Recursos. Monitor das doações: COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://www.monitordasdoacoes.org.br/>.
60. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Recebido em 20/07/2020

Aprovado em 19/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Chamada Universal MCTI/CNPq Nº 01/2016 - Processo no 432128/2016-6.

## 9 SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL: “UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”<sup>17</sup>

### INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) público e por um setor privado caracterizado pela comercialização de planos de saúde e pela oferta de serviços privados de forma lucrativa ou filantrópica (BAHIA, 2018).

O setor público é financiado e provido pelo Estado nos níveis de gestão (federal, estadual e municipal), baseado no princípio constitucional da saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

No setor privado, consultórios, clínicas e hospitais são financiados pelo desembolso direto, pelo SUS (por meio de convênios ou contratos de prestação de serviços) e pelos planos privados de assistência à saúde. Esse último grupo compõe o terceiro subsetor, o da saúde suplementar (PAIM *et al.*, 2011).

As fronteiras entre o público, filantrópico e privado lucrativo são indeterminadas, considerando fatores como a contratação de estabelecimentos privados pelo poder público ou mesmo a prestação privada de serviços em estabelecimentos públicos, como no caso das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Além disso, o próprio setor privado é sustentado por mecanismos ligados ao Estado, como a renúncia fiscal.

A concepção dos sistemas de saúde pode ser regida por princípios ideológicos igualitários ou pelo modelo baseado no liberalismo econômico (WILLIAMS, 1993 *apud* WAGSTAFF; DOORSLAER, 2000). A partir dessa inspiração teórica, depreende-se que a conformação do sistema de saúde brasileiro foi marcada pela combinação de ambos os princípios, tendo em vista que o SUS preconiza o acesso universal aos cuidados em saúde como direito do cidadão, enquanto no setor privado o acesso à saúde é condicionado à capacidade de pagamento.

O apoio governamental à expansão da rede privada com recursos públicos tem sido notado desde a configuração das antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (Lei Eloy Chaves - 1923) passando pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP - 1933-38), os quais foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS - 1966), quando iniciou-se o

---

<sup>17</sup> A presente seção faz parte do livro denominado: “UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE” E A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”: saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária, originado a partir desta Tese de Doutorado.

processo de privatização da assistência médica e capitalização do setor saúde. Posteriormente, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS - 1977). Em 1987, ocorreu a formação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que vigorou até 1988, quando o SUS foi criado, oficializando a participação da assistência privada complementar (BAHIA, 1999; 2009; CORDEIRO, 1984; PAIM *et al.*, 2011).

O processo de formulação do SUS foi permeado pela disputa entre o modelo de saúde pública e o modelo privatista da saúde; e pelo apoio governamental à ampliação do setor privado (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; PONTE; FALLEIROS, 2010). Sua implementação foi acompanhada por políticas de estímulo à aquisição de planos de saúde e incentivos à oferta privada de serviços de saúde (BAHIA, 2009). A adoção de estratégias que promovem a expansão do setor privado de saúde é histórica e foi intensificada a partir da crise econômica iniciada em 2014, conforme demonstrado nos estudos que integram esta tese.

O Brasil possui diversas heterogeneidades demográficas, econômicas e sociais. Desigualdades que repercutem no sistema de saúde, com marcantes iniquidades na capacidade assistencial entre as cinco regiões do país (PAIM *et al.*, 2011).

A despeito de possuir um sistema universal e público de saúde, simultaneamente, 28,5% da população com maior status sócio-ocupacional está vinculada a planos privados de assistência médica com ou sem odontologia (IBGE, 2020). A segmentação das clientela gera iniquidades relacionadas ao financiamento da saúde. Em 2018, embora o gasto total com saúde tenha sido maior do que 9% do PIB, 58% corresponderam a gastos privados (COSTA, 2022). Além disso, a literatura científica evidencia as desigualdades existentes quanto ao acesso, oferta e utilização dos serviços de saúde a depender das condições de renda e escolaridade dos indivíduos (CNDSS, 2008).

A tensão entre o sistema universal formal e a presença de grandes grupos econômicos no setor de seguro saúde, hospitalar e diagnóstico se projeta na rede de serviços. A rede pública, de modo geral, dispõe de menor capacidade de investimentos tecnológicos e remuneração de profissionais de saúde do que determinadas empresas privadas setoriais. Embora a rede pública tenha uma capacidade instalada capilarizada e reconhecidamente qualificada para o atendimento de determinados agravos e algumas especialidades, existem lacunas assistenciais tanto no que se refere à distribuição territorial dos serviços de saúde, quanto no que diz respeito a determinados procedimentos médico-hospitalares.

As discrepâncias entre o público e o privado originaram análises fundamentais sobre o sistema de saúde no Brasil (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; BAHIA, 2009). O desenrolar da crise econômica iniciada em 2014 e o início da crise sanitária derivada da

pandemia de covid-19, trouxeram novos elementos que necessitam ser destrinchados nas análises atuais, dada a intensa repercussão das referidas crises no sistema de saúde brasileiro.

Nesse sentido, o presente capítulo tem como objetivo formular análises, conceitos e reflexões sobre como o princípio da universalidade se expressa no sistema de saúde brasileiro, considerando as desigualdades entre o *mix* público e privado na saúde e o contexto de crise econômica e sanitária, bem como apontar os principais desafios envolvendo a tríade SUS, setor privado de saúde e a concepção ideológica que norteia as políticas de saúde no país.

## **TEORIAS EXPLICATIVAS: HISTÓRICO**

O processo de formulação e implementação do SUS pode ser analisado sob o prisma de teorias que avaliam a evolução estrutural do sistema de saúde, os mecanismos de financiamento e a relação entre o público e o privado na saúde.

Ao analisarem o projeto de Reforma Sanitária em uma perspectiva internacional, Faveret Filho e Oliveira (1990), lançaram a tese da “universalização excludente”.

Na década de 20, os serviços de saúde eram prestados por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e, na década seguinte, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que beneficiavam categorias profissionais e se diferenciavam de acordo com a estrutura da categoria, sua capacidade de pagamento e articulação com o Estado (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

A partir da promulgação do SUS, o movimento de expansão do sistema baseou-se na inclusão de grupos menos privilegiados, o que não foi acompanhado pela expansão da rede de serviços. Os mecanismos de racionamento adotados para conter a demanda ampliada perante a lenta ampliação da oferta resultaram em queda na qualidade dos serviços, expulsando diversos segmentos sociais, que passaram a buscar os serviços do subsistema privado (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

No caso brasileiro, a universalização do sistema público de saúde rompeu com a tradição de garantir serviços de saúde via corporações profissionais para iniciar uma nova tradição no sentido de ação social do Estado ao reconhecer a saúde como direito de cidadania. No entanto, não incluiu todos os segmentos sociais (FAVERET FILHO, OLIVEIRA, 1990).

A inserção dos segmentos mais abastados poderia atenuar as barreiras de acesso ao sistema, a partir da articulação política e maior pressão para ampliação da oferta de serviços de saúde. Em contrapartida, os mecanismos de racionamento foram driblados pela viabilização do acesso pela via privada. Dessa forma, houve redução do espectro político em defesa do sistema

público de saúde, que deixou de ser o referencial para essa população proveniente dos setores sociais médios e empregados (e dependentes) das grandes empresas privadas (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

O modelo da Reforma Sanitária ocorrido no Brasil, apesar de ter se inspirado no sistema inglês, que assumiu a saúde como um direito social e garantiu acesso universal com predomínio do setor público na oferta de serviços, assemelha-se ao modelo norte-americano, baseado no Estado residual que arca apenas com os grupos incapazes de obter acesso aos serviços privados de saúde. Segundo os autores, três evidências marcaram os EUA como uma referência para a análise estrutural do sistema de saúde brasileiro: a composição do gasto público e privado na oferta de serviços de saúde; a caracterização das clientela dos subsistemas público e privado; e na forma de financiamento privado baseado em planos e seguros de saúde individuais ou de grupo (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Em 2009, Bahia desenvolveu as teorias denominadas “universalização mitigada” e “estratificação subsidiada”, para elucidar a evolução do componente privado e as mudanças significativas nas bases materiais e políticas do sistema de saúde brasileiro.

O termo “universalização mitigada” refere-se ao fato de o acesso universal às ações e serviços de saúde não ter realmente se efetivado no Brasil, esmaecido por fatores como a redução do volume de recursos federais para a saúde e a incapacidade de viabilizar o acesso ao conjunto da população, em especial a procedimentos especializados. A mercadorização da oferta de serviços privados aliada com a universalização do acesso público restrita à atenção básica e a uma parcela restrita dos procedimentos de alto custo não estabelecem as condições necessárias para que o direito à saúde se transforme, de fato, em um direito de cidadania (BAHIA, 2009).

Já a “estratificação subsidiada” remete-se à intensificação da privatização do financiamento e provisão de serviços de saúde, bem como aos diferenciais de acesso e qualidade em função do status sócio-ocupacional, a expensas de subsídios e políticas públicas de estímulo à aquisição de planos privados de saúde (BAHIA, 2009).

Os termos “reestratificação da oferta” e “reestratificação do acesso e utilização” também são utilizados. Este, para definir as disparidades distributivas na oferta de serviços entre o público e o privado, enquanto aquele se refere à destinação exclusiva de estabelecimentos filantrópicos de primeiro nível para determinado perfil de clientela, bem como à fragmentação regulada decorrente da expansão das coberturas de planos de saúde com uma gama restrita de serviços para funcionários públicos e profissionais que ocupam postos de trabalho menos especializados (BAHIA, 2009).

A autora pontua duas dimensões dos fluxos financeiros assistenciais entre o público e o privado. A concentração de clientes de planos de saúde nas regiões sul e sudeste e desigualdades na utilização de serviços, visto que o Brasil destina mais recursos financeiros para quem está vinculado aos planos de saúde do que para as ações universais. O segundo aspecto remete-se ao volume de serviços, diante dos maiores valores de remuneração dos procedimentos pelas empresas de planos de saúde em comparação aos valores praticados pelas instituições públicas, além da maior atração de clientes por conta da garantia de acesso e qualidade dos serviços (BAHIA, 2009).

Fazem parte deste contexto, ainda, os reflexos das mudanças nas relações laborais nas organizações públicas e privadas decorrentes de arranjos que não configuram relação de emprego, como as cooperativas de trabalho e a realização de contratos entre estabelecimentos de saúde e as empresas de planos de saúde que passaram a realizar contratos empresa-empresa e não com cada profissional de saúde, desvalorizando o trabalho coletivo e a favorecendo a fragmentação do cuidado (BAHIA, 2009).

## **O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO EM TEMPOS DE CRISE ECONÔMICA E SANITÁRIA**

As teorias supramencionadas contemplaram análises sobre a conformação do *mix* público e privado ao longo do tempo. A crise econômica e, posteriormente, a crise sanitária devido à pandemia de covid-19, agregam novos elementos e demandam novas análises teóricas, diante do dinamismo com que as relações têm ocorrido no sistema de saúde.

O presente estudo propõe a análise do sistema de saúde brasileiro com ênfase em sete eixos de análise que embasam a construção de uma tese denominada “universalismo privatizante”. A sistematização expressa o movimento de universalização do componente privado na saúde, englobando tanto a desigualdade histórica entre saúde pública e privada no país como aspectos mais recentes e tendências perante a crise econômica e sanitária.

A seguir, a representação diagramática do “universalismo privatizante” (figura 1) e os tópicos que discorrem sobre as dimensões analisadas.

**Figura 1 – Diagrama do Universalismo Privatizante: (des)orientação do sistema de saúde em tempos de crise econômica e sanitária**



Fonte: Elaboração própria.

### **Elevação do gasto privado com saúde**

O predomínio do gasto privado em saúde fica evidente a partir do panorama relativo ao montante de recursos mobilizados por cada um dos subsetores. Análises permitem identificar que o gasto público em saúde no Brasil apresentou pequenas oscilações entre 2001 e 2018 e tem se mantido na faixa de 3,9% do PIB nos últimos anos da série histórica, abaixo da média mundial de 6% do PIB. Quanto ao gasto privado em saúde, a tendência global de queda não

tem sido observada no Brasil, que apresentou 58% de gasto privado no mesmo ano (COSTA, 2022).

Embora o percentual do PIB destinado ao gasto total com saúde no Brasil (9,5%) se aproxime da média dos países da OCDE (12%), o componente do gasto privado em saúde maior do que o gasto público faz com que o país se assemelhe mais aos EUA, diferindo do padrão observado em países desenvolvidos que possuem sistema de proteção social. Grã-Bretanha e Suécia apresentam gasto público em torno de 80% do total de gastos em saúde (COSTA, 2022).

Os efeitos da crise econômica foram sentidos pelo sistema de saúde brasileiro, tendo em vista a estagnação do gasto público em saúde e a redução do gasto público *per capita* (COSTA *et al.*, 2022).

### **Restrição de recursos para o SUS X Subsídios públicos para o setor privado**

A despeito da restrição de recursos financeiros para o SUS como medida para enfrentar a crise econômica, estudos apontam o aumento do gasto tributário com saúde por dedução de despesas médicas no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) e assistência médica a empregados no Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), bem como dos subsídios governamentais que favorecem as empresas de planos de saúde (ALVES, 2018; ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007; COSTA *et al.*, 2022; COSTA; BAHIA, 2022; MENDES; WEILLER, 2015; OCKÉ-REIS, 2013, 2014, 2018; OCKÉ-REIS; FERNANDES, 2018; PIOLA *et al.*, 2010).

O instituto do ressarcimento ao SUS devido pelas empresas de planos de saúde quando clientes utilizam o SUS para realizar procedimentos cobertos pelo plano, aumentou 380% a partir da crise econômica que teve início em 2014 em comparação ao ano de 2021, totalizando, neste ano, o montante de R\$ 3,85 bilhões devidos pelas empresas de planos de saúde ao Fundo Nacional de Saúde (ANS, 2022). Dentre as maiores devedoras, figuraram empresas que realizaram transações bilionárias de fusões e aquisições no setor privado de saúde no último ano contabilizado (COSTA; BAHIA, 2022). Ressalta-se que a realização de procedimentos no SUS por clientes de planos de saúde é marcante em localidades que possuem vasta rede privada de saúde e elevados percentuais de consumidores de planos de saúde. Ou seja, a realização de procedimentos no SUS por clientes de planos de saúde não ocorre somente por ausência de serviço privado de saúde na região (ANS, 2015; COSTA; BAHIA, 2022).

Mantidos como forma de justificar o desmonte do SUS e sua incapacidade de atender a

toda população devido ao seu histórico subfinanciamento, os subsídios fiscais não desoneram o SUS. A população que possui planos de saúde continua utilizando o SUS para vacinação e urgência e emergência, bem como internações, parto e procedimentos de alto custo, conforme supramencionado.

O gasto tributário, o patrocínio de parte da mensalidade dos planos de saúde de servidores públicos e seus dependentes, os financiamentos concedidos por bancos públicos a empresas de planos de saúde, as demais isenções fiscais, o não ressarcimento ao SUS e a prestação de serviços de saúde por meio de OSS contribuem para aumentar os gastos indiretos do Estado, enquanto faltam recursos para investir em políticas sociais, incluindo a saúde pública, o que configura a “SUSTentação” do mercado privado de saúde. Ou seja, o redirecionamento de recursos que poderiam ser destinados ao SUS, mas fazem parte da política de apoio à expansão do setor privado de saúde.

Vale ressaltar que as OSS também contam com subsídios públicos e benefícios fiscais, haja vista serem qualificadas como entidades filantrópicas, a despeito de exercerem estratégias de gestão e prestação de serviços próprias de organizações privadas lucrativas. Estas empresas podem, inclusive, aplicar seus excedentes financeiros no mercado de capitais (MORAIS *et al.*, 2018).

Diante da crise econômica, a via escolhida para retomar o crescimento econômico foi suprimir os gastos com políticas sociais por 20 anos, por meio da alteração do regime fiscal, mas nenhum movimento foi feito para ampliar a arrecadação tributária através da redução das desonerações fiscais e isenções concedidas ao setor privado, o que reduz sobremaneira a receita tributária nacional.

Para além das desonerações fiscais, as políticas de saúde constituem peças-chave nesse processo, corroborando as discrepâncias entre o público e o privado na saúde. O desmonte de políticas públicas de saúde contribuem para o enfraquecimento do SUS e apresenta retrocessos para a sociedade – tal como ocorrido com a Política Nacional de Atenção Básica, o programa Mais Médicos e as políticas de saúde mental –, enquanto o leque de ações governamentais que propicia o avanço setor privado de saúde é fortalecido com novos arranjos e políticas que favorecem o campo de atuação do setor privado e atendem aos anseios do capital. A título de exemplo, pode-se citar a Política Nacional de Saúde Suplementar para enfrentamento da pandemia de covid-19 (BRASIL, 2021a), que mesmo tendo sido publicada no segundo ano da crise sanitária que assolava o país, e após a ocorrência de colapso nas redes públicas de saúde de vários municípios, não estabeleceu claramente as formas de interação entre o público e o privado, a fim de mitigar os efeitos da crise sanitária, tampouco evitar a ocorrência de filas à

espera de leitos de UTI.

### **Disparidades na oferta e acesso aos serviços de saúde públicos e privados**

As disparidades entre o público e o privado na saúde são históricas. A maioria dos recursos assistenciais hospitalares e de diagnóstico são privados e atendem tanto o setor privado quanto o setor público (VIACAVA *et al.*, 2018). Persistem grandes desigualdades regionais no acesso a serviços – oferta de médicos ou leitos *per capita*, beneficiários de planos de saúde – a despeito do crescimento de indicadores de desenvolvimento socioeconômico ocorridos no século atual (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Os leitos de terapia intensiva incluem-se entre as maiores deficiências na oferta de cuidados à saúde do SUS. Em função da expansão de hospitais privados e dificuldades de investimento público, a proporção dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis para a maioria da população que era 63% em 2000, diminuiu para 53,4% em 2019 (BRASIL, 2020a). No início da pandemia de covid-19, dificuldades de acesso a leitos de terapia intensiva eram de amplo conhecimento público, tanto em função dos processos judiciais quanto de denúncias divulgadas pela mídia (CERQUEIRA *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2020).

No que tange à distribuição de recursos, estudos apontam a redução do volume de recursos para o SUS e o aumento de receitas e lucros dos planos de saúde durante período de crise econômica iniciado no Brasil, em 2014, e aprofundado pela crise sanitária deflagrada pela pandemia de covid-19 (ANDRIETTA *et al.*, 2021; COSTA *et al.*, 2022; COSTA; BAHIA, 2022).

A conjuntura recessiva no Brasil, entre 2014 e 2016, refletiu-se na queda do número de consumidores de planos de saúde. No entanto, não foram observados impactos nas receitas das empresas, as quais adotaram comportamentos similares aos das seguradoras de saúde dos EUA após a crise mundial iniciada em 2008, tendo em vista que foram adotados mecanismos para preservar o mercado e manter a lucratividade do setor. O mesmo padrão foi identificado durante a pandemia de covid-19, na qual as empresas de planos e seguros de saúde brasileiras e norte-americanas continuaram angariando lucros e aumentando receitas, a despeito da crise econômica e sanitária (COSTA; BAHIA, 2022). Fato que marcou o primeiro ano da pandemia foi a falta de leitos de UTI em vários locais do país para tratamento de pacientes acometidos pela doença, enquanto havia leitos disponíveis em hospitais privados (COSTA *et al.*, 2020).

Análises das repercussões da crise econômica no sistema de saúde brasileiro apontam a redução da oferta e do acesso aos serviços públicos de saúde, enquanto o setor suplementar, além de ter apresentado incremento nas receitas provenientes de contraprestações pecuniárias, também ampliou a produção assistencial (COSTA *et al.*, 2022).

Dessa forma, tanto a crise econômica iniciada em 2014 quanto a crise sanitária causada pela pandemia de covid-19 aprofundaram as disparidades relacionadas ao financiamento, à oferta e ao acesso a serviços públicos e privados de saúde.

### **Expansão da prestação privada de serviços de saúde no SUS**

A transferência das funções e responsabilidades do setor público para o setor privado teve um considerável impulso nos anos 1990, no contexto de ajuste fiscal e enxugamento da máquina pública, como estratégia neoliberal para enfrentamento de crise econômica/gerencial (DINIZ; BOSCHI, 2007; SCHEFFER, 2015; SODRÉ *et al.*, 2018). O estabelecimento de contratos de gestão com OSS representou uma estratégia central no contexto do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) (BRASIL, 1997; RAMOS, 2019).

A justificativa era de que as OSS tenderiam a assimilar características de gestão empresariais, “revolucionando” a gestão da prestação de serviços, conferindo maior eficiência na administração de bens e equipamentos do Estado (BRASIL, 1997). Todavia, a literatura nacional carece de estudos acerca da análise comparativa entre as formas de gestão dos serviços de saúde (NOGUEIRA, 2010; SCHEFFER; BAHIA, 2014; RAMOS, 2016). De todo modo, os estudos empreendidos até o momento não evidenciam a propalada panaceia, não sendo possível atribuir à gestão por OSS alguma melhora de resultados em saúde (RAMOS, 2016, 2019).

Contudo, nota-se uma grande expansão da participação das OSS no país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontaram que, em 2013, as OSS estavam presentes em 1.215 municípios, distribuídos em 24 das 26 Unidades da Federação (IBGE, 2013).

No município de São Paulo, mais de 60% das unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) são gerenciadas por meio da contratualização com 17 OSS. Na capital do estado do Rio de Janeiro, esta proporção é ainda maior, com 98% das UBS em contratos de gestão com quatro OSS (RAMOS, 2016).

Na atenção hospitalar, a presença dos OSS também é marcante e significativa. No Estado de São Paulo, os maiores orçamentos das OSS estavam concentrados nos hospitais

gerais, correspondendo a 59% do total de unidades hospitalares e um orçamento 18% maior do que nos hospitais administrados de forma direta (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Entre 2009 e 2016, a proporção de estabelecimentos públicos de saúde paulistas gerenciados por OS passou 22% para 58% do total de serviços, o que representou um aumento de 175% (MORAIS *et al.*, 2018).

No período de 2009 a 2014, as dez maiores OSS do país mobilizaram aproximadamente R\$ 23 bilhões, considerando os valores declarados nos contratos de gestão e termos aditivos firmados entre as OSS e as respectivas secretarias de saúde (MORAIS *et al.*, 2018).

### **Expansão dos planos privados de saúde**

Historicamente, as empresas de planos de saúde buscam novos arranjos e lançam estratégias a fim de diversificar o mercado, mitigar prejuízos e expandir o setor suplementar de saúde. Processo que se dissemina com apoio governamental em detrimento do SUS universal, além de forte dinamismo das empresas de planos de saúde. As estratégias identificadas envolvem subsídios públicos, atos normativos, ações para preservação do mercado tradicional, estratégias para alavancagem do mercado e atuação política e social.

A partir dos resultados apresentados nesta tese, fica evidente a adaptabilidade do segmento privado aos distintos ciclos econômicos. O que pode ser observado por meio da ampliação de receitas e das margens de lucros, bem como das fusões e negócios bilionários entre empresas do setor saúde, inclusive durante a crise sanitária iniciada pela pandemia de covid-19 (COSTA; BAHIA, 2022; COSTA, 2021 qualificação; COSTA *et al.*, 2022).

A comemoração de operações bilionárias no setor privado de saúde durante a pandemia de covid-19 contrasta com o colapso dos serviços de saúde em várias cidades do país, quando faltaram leitos públicos de internação em UTI para atender a população acometida pela doença. Fato que demonstrou como as desigualdades econômicas, sanitárias e sociais existentes no país foram exacerbadas durante a pandemia (COSTA *et al.*, 2020; GIMENES, 2021).

A financeirização da saúde, concebida na presente tese entre as estratégias empresariais para alavancagem do setor privado de saúde no país, segue a tendência de internacionalização do capital (ANDRIETTA, 2019; HIRATUKA *et al.*, 2016; SESTELO, 2018) e se expressa por meio da formação de grandes grupos econômicos, intensificação das fusões e aquisições,

concentração do mercado, ampliação da escala e aumento da participação de investidores nacionais e internacionais nas empresas de saúde (BAHIA *et al.*, 2016; SCHEFFER, 2015).

A superposição do capital em detrimento do SUS é uma expressão da financeirização da saúde, alavancada pela abertura da saúde ao capital estrangeiro, tema que será tratado na próxima e última dimensão abordada nesta seção.

### **Alteração da Lei Orgânica da Saúde: abertura dos caminhos para a financeirização da saúde**

A participação de capital estrangeiro na saúde foi iniciada em 1967 com a atuação da operadora de planos de saúde argentina Omint no Brasil (SOUZA, 2019).

A Constituição Federal de 1988 autorizou a prestação da assistência à saúde pela iniciativa privada, mas vedou “a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei” (BRASIL, 1988, art. 199, § 3º). Como uma primeira exceção a essa regra, a Lei que regulamenta os planos de saúde autorizou a participação do capital estrangeiro nas operadoras de saúde, regra que entrou em vigor em 2001 por meio de Medida Provisória que alterou a redação original da Lei (BRASIL, 1998).

Assim, até 2015, a participação do capital estrangeiro na saúde estava restrita aos planos de saúde, seguradoras e farmácias. A Lei nº 13.097/2015, que alterou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, estendeu a possibilidade de atuação do capital internacional em todas as ações e serviços de saúde, permitindo a instalação e operação de hospitais e clínicas, inclusive de natureza filantrópica, por empresas internacionais (BRASIL, 1990a, 2015).

Entidades do Movimento da Reforma Sanitária se manifestaram alertando sobre os interesses e lobbies dominantes de empresas de planos de saúde e hospitais privados que influenciaram a decisão pela ampliação do capital estrangeiro em seus negócios. As entidades apontaram ainda, que a nova lei desrespeitava a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, além de representar mais uma estratégia voltada para a privatização da saúde e o desmonte do SUS.

Tendo em vista que a Lei nº 13.097/2015 alterou dispositivos da Lei Orgânica da Saúde para permitir a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro em todas as áreas compreendidas pela assistência à saúde, e entendendo que essas alterações são inconstitucionais por tornarem regra a exceção prevista no artigo 199, parágrafo 3º, da Constituição Federal, o Supremo Tribunal Federal (STF) foi acionado por meio da Ação

Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5435, questionando a validade do referido artigo (STF, 2015).

Em julho de 2017, em manifestação ao STF, a Procuradoria-Geral da República afirmou que a Lei do Capital Estrangeiro na saúde não feria a Constituição brasileira por permitir o cumprimento do seu art. 196 e estar alicerçada no direito à saúde e na livre iniciativa econômica. A ADI permanece sob análise no STF e a última tramitação foi registrada em agosto de 2019 (STF, 2021).

A fim de reverter a alteração na Lei Orgânica da Saúde, em 2018, foi apresentado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 1721/2015, para proibir a participação de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde. Nessa nova proposta, a participação do capital estrangeiro na saúde estaria restrita às doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), às entidades de cooperação técnica e às de financiamento e empréstimos, retomando a redação anterior da Lei Orgânica da Saúde; e para atender empregados de empresas, desde que sem ônus para a seguridade social e sem fins lucrativos. O projeto tramitou para análise por parte das Comissões responsáveis e, após dois pareceres favoráveis, foi arquivado e desarquivado um mês depois. Após manifestação desfavorável por parte da Comissão de Finanças e Tributação, o projeto permaneceu sem andamento por mais de um ano até março de 2021, quando a referida comissão foi novamente instalada para análise da matéria (JANARY JÚNIOR, 2018; BRASIL, 2021b).

Argumentos a favor o PL enfatizam o enfraquecimento do SUS, e o não alcance da regulação e fiscalização estatais sob as empresas estrangeiras. Os contrários sugerem que o estoque do Investimento Estrangeiro Direto (IED) apresentava tendência de crescimento em diversos países. No Brasil, a entrada em vigor da Lei 13.097/2015 repercutiu no aumento do IED de US\$ 1.338 milhões em 2015 e para US\$ 139 milhões em 2018.

Ainda, o incremento no IED viabilizaria a capitalização das empresas, o aumento da concorrência e da qualidade do atendimento, assim como permitiria investimentos, pesquisa e tecnologia, o que impulsionaria o setor suplementar com o aumento do número de beneficiários e, por conseguinte, reduziria a pressão sobre o sistema público de saúde e a necessidade de mais investimentos para atendimento a essa demanda. Com isso, ponderam os defensores da abertura, ocorreria ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde por aqueles que utilizam somente a saúde pública. Ademais, reduzir o investimento do setor privado poderia aumentar a pressão sobre o SUS, que não pode aumentar gasto público por conta da limitação orçamentária imposta pela Emenda Constitucional nº 95, a emenda constitucional do teto dos gastos (STF, 2021).

Constata-se que ora os defensores da entrada do capital estrangeiro baseiam-se apenas na ideia de aumento de um fluxo de recursos, sequer incluem na equação a intrínseca volatilidade dos supostos aportes adicionais. O SUS entra no cálculo, ora como um modelo fadado ao baixo financiamento, ora como beneficiário indireto da expansão do mercado privado.

### **Fundamentos valorativos que norteiam os sistemas universais de saúde**

Organismos multilaterais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial e Organização das Nações Unidas (ONU) têm orientado a reforma dos sistemas de saúde por meio da Cobertura Universal de Saúde (CUS). O conceito da CUS é baseado no fornecimento de um pacote mínimo de serviços, a fim de garantir a expansão progressiva do acesso universal aos serviços de saúde (OMS, 2010, 2021).

Os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde, incluindo o Brasil, firmaram compromisso para garantia de acesso universal à saúde por meio da CUS e aumento do gasto público em saúde até a meta de 6% do PIB (OPAS, 2014). Apesar de envolver o aumento do gasto público em saúde, o compromisso pressupõe a diminuição dos gastos diretos e a expansão dos sistemas de seguro universal obrigatório. Dessa forma, a ampliação da cobertura, segundo os ditames das organizações multilaterais, está baseada na prestação privada de serviços, favorecendo o regime de acumulação do setor de saúde financeirizado (COSTA, 2022).

A literatura científica aponta divergências entre a concepção de sistema universal e a CUS (GIOVANELLA; MACHADO, 2018; NORONHA, 2013), bem como as consequências da sua aplicação na Colômbia, no que se refere ao acirramento das desigualdades no acesso aos serviços por conta da segmentação estrutural do sistema de saúde que divide os indivíduos pela capacidade de pagamento (HERNÁNDEZ, 2019). Ainda assim, diante da intensificação da crise econômica por conta da pandemia de covid-19, os organismos multilaterais têm reforçado a necessidade de adoção da CUS como única forma de reorientar os sistemas de saúde (OMS, 2020).

Cabe destacar que, segundo a proposta, a ampliação do gasto público dar-se-á por meio de financiamentos e empréstimos, direcionados, prioritariamente, ao enfrentamento da crise e à garantia de renda mínima, e não para ampliar os investimentos em saúde pública (COSTA, 2022).

A concepção de sistema universal orientada para a prestação privada de serviços associada à narrativa de falta de recursos financeiros para o SUS são alicerces do ideário de parte das políticas que organizam o sistema de saúde brasileiro e que encontram no setor privado de saúde a solução para ampliar o acesso e profissionalizar a gestão. Sob esse pressuposto, são delineadas as justificativas, políticas e ações governamentais voltadas a impulsionar a expansão do setor privado de saúde.

Esse *modus operandi* da política de saúde no país fica evidente tanto nas ações governamentais adotadas e analisadas no presente trabalho quanto no entendimento do Supremo Tribunal Federal ao se posicionar a favor da lei que instituiu a abertura da saúde ao capital estrangeiro, conforme citado anteriormente. Segundo o parecer da Corte Suprema, a redução de investimento no setor privado poderia acarretar maior pressão sobre o SUS, que já sofre limitação orçamentária decorrente da EC-95.

Não há evidência sobre a correlação entre aumento de investimentos no setor privado e melhora do acesso à rede pública. Os fatos comprovam que quando a pandemia se disseminou, muitos brasileiros não tiveram acesso a leitos de UTI públicos para internação, além de não terem contado com a possibilidade de internação em leitos privados ociosos, a não ser por determinação judicial.

Na verdade, a tese já conhecida, e que no contexto de crise sanitária foi comprovada, é que o contingenciamento de recursos para o SUS, usado como justificativa para a expansão do setor privado como forma de “desafogar” a demanda para o sistema público de saúde, acarreta o redirecionamento de recursos e subsídios públicos pelo setor privado e a degradação dos serviços públicos de saúde. O sucateamento do SUS, por sua vez, é utilizado como justificativa para ampliar o setor privado e, dessa forma, “desafogar” o SUS. Esse conflito de interesses tensiona e acirra as desigualdades entre saúde pública e privada no sistema de saúde brasileiro, conformando um círculo ilegítimo cujo fortalecimento do setor privado pressupõe a destruição do público.

#### O “UNIVERSALISMO PRIVATIZANTE”

Os sete eixos que compuseram a análise do “universalismo privatizante” permitem identificar como o movimento de universalização do componente privado se expressa no sistema de saúde brasileiro, tanto pelo fomento à ampliação do setor privado suplementar por meio de subsídios e políticas públicas quanto pela prestação privada de serviços no âmbito do próprio SUS. Este panorama é complementado pela restrição de recursos financeiros para o

SUS, configurando a (des)orientação do sistema de saúde em tempos de crise econômica e sanitária.

A expressão "universalismo privatizante" pretende sintetizar o duplo movimento das políticas públicas no Brasil. De um lado são declarados apoios ao SUS e subtraídos seus suportes políticos, técnicos e financeiros. De outro ampliam-se as conexões públicas para conferir sustentação à expansão dos mercados para a saúde. Embora o SUS tenha como princípio fundamental a universalidade do acesso público, observa-se, ao longo dos anos, a contenção de recursos para a saúde pública, principalmente a partir da crise econômica iniciada em 2014, vis-à-vis o aumento dos subsídios públicos para o setor privado de saúde, fomentando tanto a alavancagem dos planos de saúde, como também a prestação privada de serviços de saúde, mesmo em períodos recessivos.

Soma-se a isso a orientação dos organismos multilaterais para que os sistemas de saúde dos países da América Latina garantam acesso a todos por meio da CUS. No entanto, a ampliação do acesso, segundo essa diretriz, encontra-se calcada na prestação privada de serviços de saúde. O aumento de gasto público em saúde orientado, principalmente, para enfrentamento da crise econômica e sanitária, não se destina à ampliação de investimentos públicos, mas sim para redirecionamento à iniciativa privada.

A partir dessas análises e reflexões, foi concebido o conceito de "universalismo privatizante". Fenômeno que resguarda o avanço do capital no sistema de saúde em detrimento do SUS e envolve todo e qualquer movimento que busque o aumento da cobertura por meio da disseminação da prestação privada de serviços, incluindo a transferência de recursos públicos para o setor privado.

A definição do "Universalismo privatizante" contribui para cunhar uma reflexão dotada de potencial explicativo, na medida em que permite compreender a recorrência das políticas de ampliação do privado para "desonerar o SUS".

Ainda de acordo com organismos multilaterais, o aumento do gasto público em países da América Latina deve ocorrer mediante empréstimos e financiamentos (CEPAL, 2021), promovendo o endividamento desses países. Quanto mais endividados os países e quanto mais acirrada a crise econômica, principalmente no contexto da pandemia de covid-19, maiores são as justificativas para contenção de recursos para a saúde pública, reforçando a tese de que o setor privado de saúde é necessário para garantir o acesso da população aos serviços de saúde.

Corroborando para a tese do "universalismo privatizante" o fato de que, embora tenha conquistado o sistema público de saúde acessível a toda população, promulgado pela Constituição Federal, a elevada privatização faz com que o sistema de saúde brasileiro,

absorvido pela racionalidade do mercado, apresente maior semelhança com o sistema de saúde americano do que com o Sistema Nacional de Saúde inglês (National Health Services - NHS) que inspirou a formulação do SUS, tendo em vista a preponderância do gasto privado com saúde em relação ao gasto público, a forte presença de um setor privado de saúde dinâmico que se mantém com apoio governamental e a enorme desigualdade no acesso aos serviços.

O avanço da conquista do SUS para todos se contrapõe à lógica financeirizada que privilegia grandes grupos econômicos e deixa a população não detentora de planos de saúde à deriva no momento de maior necessidade, como foi constatado durante a pandemia de covid-19.

Para além do fomento governamental por meio de subsídios que contribuem para a manutenção e expansão do setor privado, a oferta de serviços no SUS por prestadores privados e filantrópicos, ou por OSS, são fatores que também potencializam o “universalismo privatizante”.

Insta salientar que os caminhos para o “universalismo privatizante” não surgiram durante a crise econômica iniciada em 2014 ou a crise sanitária decorrente da pandemia de covid-19. Na verdade, essa trilha tem sido percorrida historicamente e agrega aspectos concernentes às teorias da “universalização excludente”, da “universalização mitigada” e da “estratificação subsidiada”.

A partir da crise econômica iniciada em 2014 e da crise sanitária, novas questões foram agregadas e as deficiências do nosso sistema de saúde foram exacerbadas. Os achados dos estudos realizados no âmbito desta tese permitiram identificar os seguintes impactos da crise econômica e sanitária no sistema de saúde brasileiro:

- Redução de recursos financeiros para o SUS;
- Ampliação dos subsídios e isenções fiscais para as empresas de planos de saúde;
- Ampliação de empréstimos provenientes de recursos públicos para empresas de planos de saúde;
- Ampliação das receitas e lucros das empresas de planos de saúde;
- Aumento da desigualdade na oferta e acesso aos serviços de saúde públicos e privados, principalmente durante a pandemia de covid-19;
- Financeirização da saúde, que deu uma guinada, com diversas operações de fusão e compras entre empresas da saúde a valores estratosféricos;
- Aumento da utilização do SUS por clientes de planos de saúde;
- Aumento da quantidade de reclamações por parte de consumidores contra os planos de saúde junto ao órgão regulador.

Além disso, os achados desta tese apontam os imperativos dos organismos multilaterais para reorientação dos sistemas de saúde pela CUS, bem como pelo aumento do gasto público em saúde mediante empréstimos internacionais para favorecer a ampliação da prestação privada dos serviços de saúde.

Constata-se, dessa forma, que o sistema de saúde brasileiro está cada vez mais distante dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS em sua concepção. Longe de atender às necessidades de saúde da população brasileira, a trajetória percorrida, apesar de não linear, tem direção e sentido privatizante.

#### A “TRÍADE DA DESIGUALDADE”

Os princípios ideológicos que norteiam as políticas de saúde no Brasil, a redução de recursos financeiros com o consequente sucateamento do SUS e a “SUSstentação” do mercado privado de saúde, mediante a concessão de subsídios públicos a organizações sociais ou a planos de saúde, conformam o que se pode denominar como “tríade da desigualdade”, a qual foi agravada no contexto de crise econômica e sanitária, conforme o desenho esquemático apresentado na figura 2.

Em períodos recessivos, constata-se que é gerado um círculo vicioso que envolve o congelamento de gastos públicos com saúde e o aumento das justificativas para os subsídios governamentais voltados a garantir a preservação e expansão do mercado privado de saúde, bem como históricas estratégias empresariais para diversificação de atividades, mitigação de prejuízos e forte inserção política. Fatores estes que viabilizam a ascensão do capital em tempos de crise econômica e sanitária.

**Figura 2 – A tríade da desigualdade no sistema de saúde brasileiro**



Fonte: Elaboração própria.

O financiamento durante a pandemia de coronavírus “fugiu à regra” no que se refere aos gastos públicos, pois estes aumentaram devido à necessidade de garantir apoio financeiro à população, o chamado “auxílio emergencial”, que sofreu diretamente os impactos da crise catastrófica e, embora o gasto público direcionado à assistência à saúde também tenha aumentado, foi muito aquém do necessário, conforme registrado na publicação *“Recursos para o enfrentamento da COVID-19: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual”* (GPDES; GEPS, 2020).

O descompasso entre as necessidades impostas pela pandemia e a displicência governamental resultou em filas de pacientes aguardando leitos públicos de UTI para internação enquanto o mercado privado de saúde realizava operações bilionárias que desvelavam e acentuavam as profundas desigualdades econômicas, sanitárias e sociais existentes no país.

Embora as ineficiências do Estado para prover o direito constitucional à saúde sejam utilizadas para justificar a política de renúncia fiscal para planos de saúde, o próprio Estado abre mão da receita tributária e da sua capacidade de financiar e investir em saúde pública. Em contrapartida, a política de desoneração fiscal promove o aumento da disponibilidade econômica das empresas e o desenvolvimento desse setor, privilegiando o empresariado da saúde e apenas parcela da população brasileira, enquanto os serviços públicos seguem com

cortes de gastos e falta de investimentos.

A reconfiguração das estratégias de atuação do setor privado de saúde ocorre com incentivo governamental às custas da deterioração dos serviços públicos, condicionando cada vez mais o acesso aos cuidados de saúde à capacidade individual de pagamento. Tal direcionamento converge com princípios da teoria baseada no liberalismo econômico. Nessa perspectiva, o cuidado de saúde é encarado de modo semelhante a outros bens de mercado, com a disponibilidade e qualidade do cuidado vinculados diretamente à renda, sendo o papel do Estado limitado a oferecer um padrão mínimo de atendimento para os pobres (WILLIAMS, 1993 *apud* WAGSTAFF; DOORSLAER, 2000).

Sob esse prisma, a política ideológica que norteia o sistema de saúde brasileiro, voltada para o sucateamento do SUS e a “SUStentação” do mercado privado de saúde – com aumento dos subsídios públicos e expansão da prestação privada de serviços de saúde –, em um contexto de crise econômica e sanitária, formam a tríade de um ciclo que não gera saúde. Muito pelo contrário, acirra as desigualdades em saúde e as desigualdades sociais.

No que se refere às bases éticas das políticas de saúde, Culyer *et al.* (1982) elaboraram uma proposta de ordenação que distingue uma abordagem 'individualista', em que o acesso aos cuidados de saúde é visto de modo semelhante ao acesso a qualquer outro bem de consumo disponível no mercado; e uma abordagem 'coletivista' que encara os cuidados de saúde como um direito do cidadão, desvinculando o acesso ao nível de renda dos indivíduos e famílias.

Diante da variedade de produtos a serem ofertados e dos diferentes graus de prioridades, o sistema público seria mais apropriado do que estratégias como subsídios para o setor privado (MOONEY, 1986). Um dos principais motivos seria o fato de que somente na esfera pública existe a preocupação com as externalidades negativas advindas de condições inadequadas de saúde. Por outro lado, os sistemas baseados no mercado não visam a equalização da condição de saúde da população, posto que não levam em consideração os custos sociais decorrentes dos problemas de saúde (MOONEY, 1986; JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993).

Fato que comprova essa premissa é a própria desigualdade e estratificação intra-setorial na saúde suplementar. Redes assistenciais e mensalidades são diferenciadas pela capacidade de pagamento. As melhores redes assistenciais somente fazem parte dos planos considerados “top” e, portanto, são mais caros. Nos planos coletivos, os reajustes não são controlados e sofrem diferentes percentuais de aumento, além da possibilidade de ser aplicada a rescisão unilateral de contrato, que acontece principalmente quando ocorre maior utilização do plano por procedimentos de alto custo. Além disso, muitos consumidores de planos de saúde

precisam recorrer à justiça a fim de pleitear cobertura para procedimentos negados pelas empresas.

Culyer e Wagstaff (1993) exploram quatro definições de equidade nos cuidados de saúde: igualdade de utilização, distribuição de acordo com a necessidade, igualdade de acesso e igualdade de saúde. Sugerem que a igualdade de saúde deve ser o princípio dominante, de modo que a distribuição do cuidado deve buscar chegar o mais próximo possível de uma igualdade de saúde. Nesse sentido, a demanda por equidade nos cuidados de saúde seria uma 'demanda derivada' da busca pela igualdade de saúde.

As consequências das disparidades históricas entre os serviços públicos e privados de saúde e da ausência da abordagem teórica precursora de igualdade nas políticas que norteiam o sistema de saúde brasileiro culminaram com o péssimo desempenho do país durante a pandemia de covid-19, tendo sido identificados fatores contrários ao princípio de universalidade do SUS.

As desigualdades preexistentes se refletiram na heterogeneidade da epidemia no país. Estudos apontam as diferenças na disseminação da pandemia em termos de incidência, mortalidade e letalidade entre os estados e regiões do país (FIOCRUZ, 2021). Em maio de 2020, o percentual de pessoas infectadas pelo vírus SARS-CoV-2 variava entre 3,3%, em uma cidade do Sudeste do país que possui maior disponibilidade de recursos econômicos e assistenciais, para 10,6% em cidade localizada no Norte, região mais prejudicada em termos de distribuição de recursos (MELLAN, 2020).

A vulnerabilidade socioeconômica e a escassez de recursos hospitalares, tanto no setor público quanto no privado, foram identificados por Rocha e colaboradores (2021) como os principais fatores que influenciaram a disseminação inicial de covid-19 nas diferentes regiões brasileiras.

Vale ressaltar que a cobertura por planos privados de saúde no Brasil apresenta correlação positiva com renda e que são evidenciadas desigualdades na utilização dos serviços de saúde, favorecendo os indivíduos com planos privados. Além disso, mesmo entre os beneficiários de planos privados de saúde são identificadas iniquidades, com o valor da mensalidade e a renda figurando entre os contribuintes mais relevantes para a desigualdade em acesso a serviços médicos e hospitalares (WERNECK, 2016).

Brasil e EUA, países que ocuparam o topo no ranking da pandemia em termos de número de casos e mortalidade, guardam similaridades. A grande desigualdade na distribuição de recursos e a elevada privatização dos serviços de saúde inviabilizaram o tratamento equânime aos cidadãos. Tais similaridades se tornam um grande contrassenso na medida que

os sistemas de saúde de ambos os países possuem características diferentes. Enquanto o Brasil conta com o SUS universal e os EUA possuem uma grande parcela da população desprovida de acesso aos serviços de saúde, o sistema de saúde brasileiro se comportou de forma excludente como o sistema americano quando permitiu que pessoas ficassem sem atendimento enquanto havia leitos privados ociosos.

As desigualdades sociais na prestação da assistência à saúde no Brasil foram mantidas durante a pandemia de covid-19. A expansão da capacidade hospitalar não foi suficiente para evitar o colapso do sistema de saúde enfrentado por algumas cidades do país. Além das deficiências que antecedem a pandemia, houve demora para planejamento das ações e liberação de recursos financeiros. O setor privado de saúde, cuja atuação limitou-se à realização de doações pontuais para o SUS, preferiu manter leitos ociosos durante todo o período e ter suas receitas reduzidas a ceder leitos a indivíduos que não possuíam planos de saúde. Soma-se a isso a ausência de informações sobre o número de leitos disponíveis para atendimento a pacientes de covid-19 em hospitais privados. Um desempenho do setor privado em contexto de emergência sanitária que corrobora pressupostos sobre a origem privada de vetores de desigualdade no sistema de saúde brasileiro.

Um sistema universal de saúde que se propõe garantir assistência à saúde a todos os seus cidadãos, ao renunciar ao direito à saúde em benefício da esfera privada, descaracteriza seus princípios e suas bases quando, na verdade, deveria ter revelado toda a sua potência técnica e política ao articular uma estratégia público-privada para atender a todos os acometidos pela doença. Isso seria não só um dever de cidadania de um sistema de saúde que se propõe ser universal, mas também um compromisso da esfera privada que tanto se beneficia dos subsídios públicos para sua manutenção e expansão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desejo do brasileiro não é ter plano de saúde, é ter acesso a serviços de saúde de qualidade. Os planos que possuem as melhores redes assistenciais são caros. Os planos individuais são ainda mais caros e estão cada vez mais escassos no mercado. Os planos coletivos fogem à legislação que regulamenta o setor e, por isso, não possuem teto de reajuste definido pelo órgão regulador e, além disso, o indivíduo pode ter o seu contrato rescindido a qualquer momento, inclusive no momento que mais precisa.

Portanto, o desejo do brasileiro não é ter plano de saúde. Esse é um conceito deturpado inculcado pelo mercado no imaginário social. Na verdade, o desejo do brasileiro é ter

atendimento de qualidade sem ter que pagar caro por isso, muito menos ficar sem cobertura no momento de maior necessidade. É ser tratado de forma igualitária e não estar submetido a tratamentos em melhores ou piores redes assistenciais dependendo da capacidade de pagar o plano de saúde.

Durante a pandemia de covid-19, restou clara a real dimensão da importância dos serviços públicos de saúde. O paradoxo entre a falta de acesso a leitos de internação no SUS *versus* a ampla vacinação garantida por via pública nos inspira duas grandes inferências. O não atendimento de cidadãos brasileiros sem planos de saúde em estabelecimentos privados em meio ao colapso dos serviços de saúde demonstra a inaptidão e o despreparo do setor privado para assegurar direitos de saúde e cidadania. Enquanto a campanha de vacinação resolutiva comprova a potência, a capacidade de organização e entrega de serviços pelo SUS. No entanto, torna-se imprescindível aumentar o gasto público em saúde – o que vai de encontro à EC-95, que cortou gastos sociais – e garantir que esse aumento seja refletido na expansão de investimentos em serviços de saúde pública – o que vai de encontro aos ditames dos organismos multilaterais.

Como alterar o rumo dessa história? O processo de reforma sanitária enfrentou adversidades estruturais ainda no momento da sua concepção e tomou outros rumos em direção à privatização da saúde. Como redirecionar o processo de reforma sanitária no caminho da real “universalidade includente” nos termos propostos pelo SUS? Essas perguntas não possuem respostas prontas, mas algumas pistas devem ser seguidas.

O atual cenário de crise econômica, restrição de políticas públicas, redução da dimensão pública do Estado vis-à-vis a ampliação do setor privado na saúde, a precarização do trabalho e o congelamento de gastos sociais impõem desafios para a saúde coletiva, sendo importante retomar as bases do movimento da reforma sanitária para que formule propostas e se articule politicamente em prol da sustentabilidade e do fortalecimento do SUS, para que o sistema de saúde exerça todo o seu potencial de contribuir para um modelo de desenvolvimento promotor de igualdade social.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. G. S. L. **Estrutura tributária no Brasil**: padrões para as empresas de planos e seguros saúde. 2018. 338 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, abr. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>.
- ANDREAZZI, M. F. S.; OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Physis**, v. 17, n. 3, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000300007>.
- ANDRIETTA, L. S. *et al.* Empresas de plano de saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. 26 p. (Textos para Discussão, 51). Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PJSSaudeAmanha\\_Texto0051\\_v04.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PJSSaudeAmanha_Texto0051_v04.pdf). Acesso em: 27 Jul. 2021.
- ANDRIETTA, L. S. **Acumulação de capital na saúde brasileira**: estudo exploratório de empresas e setores selecionados (2008-2015). 2019. 245 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.
- ANS. **Rede assistencial e garantia de acesso na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/rede\\_completo\\_digital.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rede_completo_digital.pdf). Acesso em: 13 maio 2021.
- BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. e00067218, abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00067218>.
- BAHIA, L. *et al.* Das empresas médicas às seguradoras internacionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32 supl. 2, 2016.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, jun. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011>.
- BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. 1999. 380 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência. Ministério da Saúde - Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/orgaos-superiores/36000?Ano=2021>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19. PNSS COVID-19. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnss-covid-19>. Acesso em: 24 Jun 2021.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei PL 1721/2015. **Projetos de Lei e Outras Proposições**, 2021b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichade tramitacao?idProposicao=1299732>. Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; [...] altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, [...]; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 jan. 2015.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 04 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos do Mare, 2).

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CERQUEIRA, S.; THOMAS, J. A.; BRUNO, C. COVID-19: o drama nos hospitais públicos e as saídas para mitigar a crise. **Veja**, 15 maio 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/COVID-19-o-drama-nos-hospitais-publicos-e-as-saidas-para-mitigar-a-crise/>. Acesso em: 22 jun. 2020.

CEPAL. **Informe Especial COVID-19**, n. 10, 2021. Disponível em: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46710/S2100064\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46710/S2100064_es.pdf). Acesso em: 01 jun. 2021.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). [Brasília, DF: Ministério da Saúde], 2008. 216 p. Disponível em: [https://bvsm/s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsm/s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). Acesso em: 24 fev. 2022.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. [S. l.], Graal, 1984. 175 p.

COSTA, D. C. A. R. Crise econômica e gasto público e privado em saúde: tendências dos sistemas de saúde na América Latina. p. 61-83. *In*: SESTELO, J. A. F.; BAHIA, L.; LEVCOVITZ, E. (org.). **Crise global e sistemas de saúde na América Latina**. Salvador: EDUFBA, 2022.

COSTA, D. C. A. R. et al. Crise econômica e disparidades no gasto, oferta e utilização de serviços públicos e privados de saúde no Brasil no período entre 2011-2019. Aprovado para publicação na revista **Cadernos de Saúde Pública**, em 11 ago. 2022. No prelo.

COSTA, D. C. A. R.; BAHIA, L. Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e EUA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 8, Rio de Janeiro, ago. 2022. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1856/crise-economica-e-sanitaria-e-desempenho-dos-planos-e-seguros-de-saude-similaridades-e-singularidades-entre-brasil-e-estados-unidos>. Acesso em: 15 ago. 2022.

COSTA, D. C. A. R. *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. esp. 4, Covid-19: conhecer para enfrentar os desafios futuros, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/232-247/>. Acesso em: 24 jun. 2021.

CULYER, A. J.; WAGSTAFF, A. Equity and equality in health and health care. **Journal of Health Economics**, v. 12, n. 4, p. 431-457, 1993. DOI: 10.1016/0167-6296(93)90004-x.

CULYER, A. J.; MAYNARD, A.; WILLIAMS, A. Alternative systems of health care provision: an essay on motes and beams. *In*: OLSON, M. (ed.). **A new approach to the economics of health care**. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1982.

DINIZ, E.; BOSCHI, R. **A difícil rota do desenvolvimento**: empresários e a agenda neoliberal. Rio de Janeiro: IUPERJ; Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 3, n. 1, p. 139-162, 1990.

FIOCRUZ. **Monitora Covid-19**: tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados. Nota Técnica: 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

GIMENES, R. Hapvida e NotreDame buscam lançar planos mais acessíveis após a fusão. **Veja**, 1 mar.2021. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/economia/hapvida-e-notredame-buscam-lancar-planos-mais-acessiveis-apos-a-fusao/>. Acesso em: 02 abr. 2021.

GIOVANELLA, L.; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

HERNÁNDEZ, M. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 5, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/29-43/>. Acesso em: 18 jun. 2021.

HIRATUKA, C.; ROCHA, M. A.; SARTI, F. Mudanças recentes no setor privado de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. *In*: GADELHA, P. *et al.* (org.). **Brasil saúde amanhã**: população, economia, gestão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. p. 189-220.

IBGE. **Pesquisa de informações básicas municipais 2013**. [S. l.]: IBGE, 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/default.shtm>. Acesso em: 08 abr. 2021.

JANARY JÚNIOR. Proibição de capital estrangeiro na assistência à saúde é aprovada em comissão. **Agência Câmara de Notícias**, 14 jun. 2018. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/540367-proibicao-de-capital-estrangeiro-na-assistencia-a-saude-e-aprovada-em-comissao/>. Acesso em: 08 abr. 2021.

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P.C.V. O desafio da equidade no setor saúde. **eRA - Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, 1993.

MELLAN, T. A. *et al.* **Report 21**: Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil. London: Imperial College London, 2020. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-21-brazil/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>.

MOONEY, G. **Economics, medicine and health care**. Great Britain: The Harvester Press Group, 1986.

MORAIS, H. M. M. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. e00194916, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>.

CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (org.). **Handbook of health economics**. [North Holland]: Elsevier, 2000. v. 1B.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. *In*: RODRIGUES, N.; AMARANTE, P. D. C. (org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 24-47.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, maio 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. **Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil**: eliminar, reduzir ou focalizar? Brasil em desenvolvimento 2014: Estado, planejamento e políticas públicas: Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3586>. Acesso em: 01 jun. 2021.

OCKÉ-REIS, C. O. Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde: 2003-2011. **Nota Técnica IPEA**, n. 5, maio 2013. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/130528\\_notatecnicadiest05.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/130528_notatecnicadiest05.pdf). Acesso em: 10 jan. 2019.

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. Descrição do gasto tributário em saúde - 2003 a 2015. **Nota Técnica IPEA**, n. 48, abr. 2018. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8586/1/NT\\_48\\_Disoc\\_Descri%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8586/1/NT_48_Disoc_Descri%C3%A7%C3%A3o.pdf). Acesso em: 01 jun. 2021.

WERNECK, H. F. **Income-related inequalities in utilization of health services among private health insurance beneficiaries in Brazil**. 2016. 95 f. Dissertation (Doctorate in Public Health) –Milken Institute School of Public Health, George Washington University, Washington, DC, 2016. Disponível em: <https://scholarspace.library.gwu.edu/downloads/zg64tm042?locale=en>. Acesso em: 20 jul. 2022.

WHO. Cobertura universal de saúde (CUS). **World Health Organization**, 2021. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 13 jun. 2021.

WHO. **Global spending on health 2020: weathering the storm**. [S. l.]: WHO, 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/58717341/en>. Acesso em: 01 jun. 2021.

WHO. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. [S. l.]: WHO, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

OPAS. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde**. Washington, DC: OPAS, 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 9 May, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf). Acesso em: 01 jun. 2021.

PIOLA, S. F. *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. *In*: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H. M.; RIBEIRO, J. A. C. **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009**. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9114/1/GastoTrib\\_Cap8.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9114/1/GastoTrib_Cap8.pdf). Acesso em: 01 jun. 2021.

PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 340 p.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. e00089118, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>.

RAMOS, A. L. P. **Atenção primária à saúde e terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores**. 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

ROCHA, R. *et al.* Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 6, p. E782-E792, June 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4).

RODRIGUES, R. C. *et al.* Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. **RAS - Revista de Administração em Saúde**, v. 16, n. 65, p. 112-122, out./dez. 2014.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 663-666, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate. **Faces de Clio**, v. 2, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/facesdeclio/article/view/26541>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SESTELO, J. A. F. **Planos de saúde e dominância financeira**. Salvador: EDUFBA, 2018.

SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. (org.). **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. 370 p.

SOUZA, P. M. S. **A financerização: o capital estrangeiro nas empresas de planos de saúde, de diagnóstico e de hospitais**. 2019. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

STF. ADI 5435 - processo eletrônico. **STF**, 2021. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4904582>. Acesso em: 08 abr. 2021.

STF. Ampliação de capital estrangeiro no setor de saúde é objeto de ADI. **Notícias STF**, 2015. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=307185>. Acesso em: 09 ago. 2018.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

WAGSTAFF, A.; DOORSLAER, E.V. Equity in health care finance and delivery. *In*: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (org.). **Handbook of health economics**. [North Holland]: Elsevier, 2000. v. 1B, p. 1803-1862.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente Tese de Doutorado apresenta estudos que se voltaram à análise do sistema de saúde no Brasil, principalmente no que concerne às discrepâncias entre o público e o privado na saúde, perante a conjuntura de crise econômica e crise sanitária.

No início do Doutorado, o projeto de pesquisa tinha como temática os efeitos da crise econômica nas empresas de planos e seguros de saúde, iniciada em 2008 nos EUA e intensificada no Brasil a partir de 2014. Diante das interfaces entre o desempenho das empresas e as ações governamentais, tornou-se inevitável ampliar o escopo da temática, a fim de abarcar análises acerca da relação entre o público e o privado na saúde. A partir do advento da crise sanitária decorrente da pandemia de covid-19, foi imperioso ampliar e aprofundar os estudos, tendo em vista a necessidade de acompanhar as estratégias e os resultados das empresas, além da oferta e utilização de serviços durante a pandemia, na qual as desigualdades entre os setores público e privado foram exacerbadas e ficaram ainda mais proeminentes.

Nesse sentido, a tese reúne pesquisas e análises críticas sobre o sistema e as políticas de saúde no Brasil, relacionadas às dimensões públicas e privadas, perante o contexto econômico agravado pela pandemia de covid-19, com diferentes focos de análise voltados para: os gastos públicos e privados com saúde; o orçamento para a saúde proveniente dos níveis federal, estadual e municipal; o desempenho econômico de

empresas de planos e seguros de saúde; as estratégias empresariais e ações governamentais para preservação, expansão e diversificação do mercado privado; subsídios fiscais e gasto tributário com saúde; a oferta e utilização de serviços antes e a partir da crise econômica, bem como durante a crise sanitária e desigualdades entre o público e privado na saúde.

Os distintos focos de análise tiveram um alvo em comum: cercar os objetos principais que pudessem clarear a dinâmica da relação entre o *mix* público e privado na saúde, além de encorpar o debate e as constatações sobre as consequências para o sistema de saúde. Dessa forma, os estudos realizados possibilitaram a consolidação de um arsenal teórico e analítico, que abarcou elementos históricos e contemporâneos, resultando na elaboração de uma avaliação crítica concernente ao sistema de saúde brasileiro.

Quanto aos principais resultados extraídos desta Tese de Doutorado, foram constatados os seguintes impactos da crise econômica e sanitária no sistema de saúde brasileiro:

- Ampliação das receitas e lucros das empresas de planos de saúde;

- Manutenção e intensificação de estratégias para a preservação e expansão do setor privado de saúde no Brasil;
- Ampliação dos subsídios e isenções fiscais para as empresas de planos de saúde;
- Ampliação de empréstimos provenientes de recursos públicos para empresas de planos de saúde;
- Financeirização da saúde, com diversas operações de fusão e compras entre empresas da saúde a valores estratosféricos;
- Aumento da quantidade de reclamações por parte de consumidores contra os planos de saúde junto ao órgão regulador;
- Aumento da utilização do SUS por clientes de planos de saúde;
- Estagnação do gasto público com saúde;
- Redução do gasto público per capita com saúde;
- Redução da oferta e utilização de serviços de saúde no SUS;
- Aumento na realização de procedimentos de alto custo no SUS; e
- Aumento da desigualdade na oferta e acesso aos serviços de saúde públicos.

A crise econômica, iniciada em 2014 no Brasil, afetou tanto o setor público de saúde, com a redução de recursos, quanto o setor privado, que enfrentou retração dos seus mercados habituais tendo em vista o aumento do desemprego e conseqüente perda do plano de saúde coletivo empresarial por trabalhadores formais, além da perda dos planos individuais por profissionais autônomos e clientes que não tiveram condições de continuar arcando com as mensalidades elevadas. Apesar da redução do número de consumidores, a crise não prejudicou as receitas das empresas de planos de saúde, as quais continuaram apresentando desempenho econômico positivo.

O mercado privado de saúde no Brasil manteve a tendência de expansão de receitas durante períodos de crise econômica e sanitária. A sistematização das medidas voltadas para a preservação e expansão do setor privado de saúde no Brasil permitiu identificar que a adoção das estratégias é histórica, pois precederam a crise econômica instaurada em 2014, e permaneceram vigentes ou mesmo se intensificaram após o período de recessão. Tal proeza tem como pano de fundo o forte protagonismo e dinamismo das empresas de planos de saúde e suas entidades representativas, assim como medidas governamentais que promoveram tanto a preservação do setor privado de saúde como a sua expansão.

A reconfiguração das estratégias de atuação do setor privado de saúde se consolida com incentivo governamental às custas da deterioração dos serviços públicos, condicionando cada

vez mais o acesso aos cuidados de saúde à capacidade individual de pagamento. Tal direcionamento converge com o modelo liberal de mercado, no qual o cuidado de saúde é encarado de modo semelhante a outros bens, com a disponibilidade e qualidade do cuidado vinculados diretamente à renda, sendo o papel do Estado limitado a oferecer um padrão mínimo de atendimento para os pobres.

A pandemia trouxe à tona a disparidade no acesso entre os serviços públicos e privados de saúde no Brasil, tendo sido identificados fatores contrários ao princípio de universalidade do SUS. As fragilidades de um sistema de saúde subfinanciado ao longo dos anos foram acentuadas por falhas que desrespeitaram o direito à saúde assegurado na Constituição Federal brasileira.

Enquanto o segmento dos planos de saúde reestrutura e diversifica suas ações empresariais de forma dinâmica, o Estado fomenta políticas públicas que sustentam a preservação e ampliação deste setor, em dissonância com os princípios e bases instituídos para o sistema público de saúde. Dessa forma, evidencia-se grande adaptabilidade do segmento privado aos diferentes ciclos econômicos, inclusive durante a crise sanitária deflagrada pela covid-19, período no qual o setor voltou a apresentar aumento do número de consumidores.

Constatou-se a intensa organização do setor privado de saúde, com propostas elaboradas para proceder à reforma do sistema de saúde brasileiro, inclusive com apresentação e atuação política perante os Poderes Legislativo e Executivo, o que demonstra a forte presença do segmento privado nessas esferas.

Além da forte atuação política, a demarcação de território do setor privado de saúde avança pelas áreas de ensino, pesquisa e inovação, envolvendo o investimento em centros de estudo e parcerias com instituições públicas.

No Brasil, as estratégias empresariais de atração de investidores estrangeiros combinaram-se com a atuação para obtenção de créditos junto a instituições públicas e ampliação de deduções e isenções fiscais.

As fusões e aquisições de planos de saúde e hospitais privados, por exemplo, configuram estratégias concorrenciais que se intensificaram após a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro e continuaram “a todo vapor” durante a crise sanitária, a despeito da falta de recursos no SUS, inclusive de leitos de UTI para o devido atendimento à população.

O avanço da conquista do SUS para todos se contrapõe à lógica financeirizada que privilegia grandes grupos econômicos e deixa parte da população não detentora de planos de saúde à deriva no momento de maior necessidade, tal como ocorrido durante a pandemia.

Fato que marcou a triste realidade vivenciada no Brasil e a discrepância entre o público e o privado na saúde foi a comemoração de uma operação bilionária por empresários da saúde enquanto o país experienciava um dos momentos mais críticos da pandemia com aumento descontrolado do número de casos, em fevereiro de 2021, sinalizando a supremacia do capital perante a saúde da população e as profundas desigualdades econômicas, sanitárias e sociais existentes no país.

Considerando a literatura sobre resiliência dos sistemas de saúde em contextos de crise, constatou-se a ausência de resiliência no sistema de saúde brasileiro diante da crise econômica iniciada em 2014 e da pandemia de covid-19, tendo em vista a incapacidade de resposta governamental para lidar com a crise.

A crise econômica impactou na redução em termos de oferta e produção de serviços públicos no sistema de saúde, com exceção para o aumento na realização de procedimentos de alto custo. Quanto ao financiamento, ocorreu estagnação dos gastos públicos e redução do gasto público per capita.

Importante destacar que as iniquidades existentes no sistema de saúde brasileiro precedem as crises econômica e sanitária. Os recursos assistenciais em saúde tendem a ser triplamente concentrados de acordo com características regionais, demanda e oferta pública ou privada, e complexidade dos recursos assistenciais. As deficiências na oferta de leitos de terapia intensiva no SUS são históricas e, na pandemia, ficaram ainda mais evidentes.

A estagnação do gasto público merece ser analisada de modo contextualizado, uma vez que o índice utilizado no estudo para deflacionar os valores ano a ano para efeito de comparação foi o IPCA, o mesmo índice aplicado na correção monetária do orçamento da saúde pública para o financiamento do SUS por 20 anos, conforme preconizado pela EC nº 95/2016. Chama atenção o fato de outro índice ter sido escolhido para corrigir a defasagem monetária de 6 anos para reembolso dos gastos particulares de parlamentares com saúde. O VCMH, índice que demonstra a inflação médica, não é calculado por órgão oficial do governo, e sim por uma organização sem fins lucrativos financiada com recursos de empresas de planos de saúde. Dessa forma, caso o VCMH ou o IPCA Saúde, por exemplo, tivesse sido adotado pelo Governo Federal para corrigir o orçamento do SUS, certamente o resultado teria evidenciado não somente uma estagnação, mas uma redução do gasto público com saúde.

Quanto à crise sanitária, em que pese a importância do SUS no enfrentamento da pandemia, pode-se afirmar que a implementação de leitos públicos ocorreu tardiamente e não foi suficiente para garantir o pleno atendimento e o direito à saúde em diferentes cidades, as quais enfrentaram o colapso dos serviços de saúde. O cenário configurado por fila de espera no

SUS *versus* leitos ociosos e encerrados precocemente no setor privado, em um contexto de pandemia em curso, preservou e acirrou as desigualdades de acesso.

A expansão de leitos de terapia intensiva não reduziu as discrepâncias entre as regiões brasileiras, tampouco solucionou a escassez de leitos que precede a pandemia. Durante a pandemia, observou-se expansão de leitos públicos diferenciados por região do país, demora para abertura de novos leitos no SUS, ausência de informações sobre a capacidade instalada em hospitais privados, falta de interação entre setores público e privado para mitigar a letalidade pelo novo coronavírus; e pacientes do SUS recorrendo ao Judiciário por vaga em UTI, enquanto os consumidores de planos de saúde pleitearam a suspensão dos prazos de carência contratual.

A organização da rede assistencial, na qual foi priorizada a construção de hospitais de campanha ao invés de aproveitar os recursos públicos e privados existentes, foi insuficiente, tardia e decalcada na estrutura desigual da oferta, conjugada com flexibilização precoce do isolamento social agravaram a transmissão e a letalidade da doença no país. Inclusive, o acesso a leitos foi utilizado como principal parâmetro para flexibilizar o isolamento social, de modo que, havendo leito disponível, a flexibilização era permitida independentemente de critérios epidemiológicos.

O descompasso entre as necessidades impostas pela pandemia e a displicência governamental resultou em filas de pacientes aguardando leitos públicos de UTI, tanto no primeiro ano da pandemia quanto no segundo. Portanto, o país não demonstrou capacidade de gerenciar, se preparar, aprender com as situações de grande impacto no sistema de saúde, se recuperar e obter o aprendizado necessário a fim de se preparar para enfrentar futuros choques.

Brasil e EUA, países que ocuparam o topo no ranking da pandemia em termos de número de casos e mortalidade, guardam similaridades. A grande desigualdade na distribuição de recursos e a elevada privatização dos serviços de saúde inviabilizaram o tratamento equânime aos cidadãos. Tais similaridades se tornam um grande contrassenso na medida em que os sistemas de saúde de ambos os países possuem características diferentes. O Brasil conquistou o SUS universal acessível a toda população, enquanto os EUA possuem uma grande parcela da população desprovida de acesso aos serviços de saúde. Durante a pandemia, sistema de saúde brasileiro se comportou de forma excludente como o sistema americano quando permitiu que pessoas ficassem sem atendimento enquanto havia leitos privados ociosos.

Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro, absorvido pela racionalidade do mercado, apresenta maior semelhança com o sistema de saúde americano do que com o Sistema

Nacional de Saúde inglês (National Health Services - NHS), por exemplo, que foi uma das inspirações para a formulação do SUS, tendo em vista a preponderância do gasto privado com saúde em relação ao gasto público, a forte presença de um setor privado de saúde dinâmico que se mantém com apoio governamental e a enorme desigualdade no acesso aos serviços.

Um sistema universal de saúde que se propõe garantir assistência à saúde a todos os seus cidadãos, ao renunciar ao direito à saúde em benefício da esfera privada, descaracteriza seus princípios e suas bases quando, na verdade, deveria ter revelado toda a sua potência técnica e política ao articular uma estratégia público-privada para atender a todos os acometidos pela doença. Isso seria não só um dever de cidadania de um sistema de saúde que se propõe ser universal, mas também um compromisso da esfera privada que tanto se beneficia dos subsídios públicos para sua manutenção e expansão.

Durante a pandemia de covid-19, restou clara a real dimensão da importância dos serviços públicos de saúde. O paradoxo entre a falta de acesso a leitos de internação no SUS *versus* a ampla vacinação garantida por via pública nos permite duas grandes inferências. O não atendimento de cidadãos brasileiros sem planos de saúde em estabelecimentos privados em meio ao colapso dos serviços de saúde demonstra a inaptidão e o despreparo do setor privado para assegurar direitos de saúde e cidadania. A campanha de vacinação resolutiva comprova a potência e a capacidade de organização e entrega de serviços pelo SUS. No entanto, torna-se imprescindível aumentar o gasto público em saúde – o que vai de encontro à EC-95 que cortou gastos sociais – e garantir que esse aumento seja refletido na expansão de investimentos em serviços de saúde pública – o que vai de encontro aos ditames dos organismos multilaterais.

Dessa forma, além de não ter demonstrado resiliência, o sistema de saúde brasileiro está cada vez mais distante dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS em sua concepção. Longe de atender às necessidades de saúde da população brasileira, os caminhos atualmente seguidos atendem aos ditames do capital.

No que tange ao financiamento do SUS, a discussão posta em pauta pelos organismos multilaterais e pelo Ministério da Saúde gira em torno da eficiência do sistema. Análises de eficiência são importantes para avaliar a alocação e utilização dos recursos. No entanto, definir que o SUS precisa “fazer mais com menos” e pautar a discussão sobre sustentabilidade do SUS com foco exclusivo na eficiência e alocação de recursos não altera o *status quo*, pois essa premissa implica em aceitar e reforçar o estigma de subfinanciamento crônico do SUS sem avaliar o sistema de saúde como um todo. A narrativa reducionista pautada por esse debate desconsidera o alicerce ideológico que embasa as políticas de saúde no país, os subsídios

públicos destinados ao setor privado de saúde e as diferenças entre o gasto público e privado em saúde.

As medidas tomadas para enfrentamento da crise econômica no Brasil impuseram limites ao financiamento e repercutiram na oferta e produção de serviços públicos de saúde. No entanto, nenhuma medida foi aplicada sobre os lucros das empresas e as operações bilionárias envolvendo grandes empresas do setor privado de saúde, tampouco foram alteradas as regras que definem e autorizam os subsídios públicos e isenções fiscais para este setor. Ao contrário, o subfinanciamento do SUS é utilizado como justificativa para ampliar as ações governamentais em prol do segmento privado.

Embora as ineficiências do Estado para prover o direito constitucional à saúde sejam utilizadas para justificar a política de renúncia fiscal para planos de saúde, o próprio Estado abre mão da receita tributária e da sua capacidade de financiar e investir em saúde pública. Em contrapartida, a política de desoneração fiscal promove o aumento da disponibilidade econômica das empresas e o desenvolvimento desse setor, privilegiando o empresariado da saúde e apenas parcela da população brasileira, enquanto os serviços públicos padecem com cortes de gastos e falta de investimentos.

Embora tenham sido adotadas medidas de ajuste fiscal por meio da EC-95, que determinou o corte de gastos públicos com saúde, as renúncias para empresas de planos de saúde e as deduções fiscais para os segmentos de mais alta renda pelo uso de serviços privados foram mantidas nos períodos de crise econômica.

A possibilidade de deduzir os valores despendidos com despesas médicas de forma ilimitada, reduz ainda mais os recursos para o financiamento do SUS já tão sucateado; além disso, amplia as desigualdades do sistema de saúde brasileiro ao beneficiar as camadas mais abastadas da população. As políticas atualmente em discussão e as tentativas de alterar a lei que rege os planos de saúde, buscando maiores benefícios e a desregulamentação do setor privado, além da forte atuação política das entidades representativas dos planos de saúde tendem a agravar estas iniquidades.

Mantidos como forma de compensar a incapacidade de atendimento do SUS a toda população devido ao seu histórico subfinanciamento, os subsídios fiscais e as políticas de apoio ao setor privado de saúde não desoneram o SUS, visto que a população que possui planos de saúde continua utilizando o SUS para vacinação, urgência e emergência, bem como internações, parto e procedimentos de alto custo, conforme demonstrado na discussão sobre o ressarcimento ao SUS. O agravamento da crise econômica, com aumento do desemprego e queda na renda, são fatores que contribuem para aumentar a busca por serviços públicos, fato

que por si só deixa clara a necessidade de ampliar os investimentos em saúde pública. A pandemia de covid-19 escancarou essa necessidade e o descompromisso governamental com a construção de um SUS robusto e de qualidade, nos termos definidos pela Constituição Federal brasileira.

A concepção de sistema universal orientada para a prestação privada de serviços associada à narrativa de falta de recursos financeiros para o SUS conformam a ideologia norteadora das políticas que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro e encontram no setor privado de saúde a solução para ampliar o acesso e profissionalizar a gestão. Sob esse pressuposto, são delineadas as justificativas, políticas e ações governamentais voltadas a impulsionar a expansão do setor privado de saúde.

Esse *modus operandi* da política de saúde no país fica evidente tanto nas ações governamentais adotadas e analisadas no presente trabalho quanto no entendimento do Supremo Tribunal Federal ao se posicionar a favor da lei que instituiu a abertura da saúde ao capital estrangeiro. Segundo o parecer da Corte Suprema, a redução de investimento no setor privado poderia acarretar maior pressão sobre o SUS, que já sofre limitação orçamentária decorrente da EC-95.

Os próprios argumentos que defendem a entrada do capital estrangeiro na saúde advogam pelo aumento de investimentos na saúde suplementar em detrimento do SUS, que não precisaria de mais investimentos para atender à população, deixando claro o real interesse da medida. A tese de que o aumento de investimentos no setor privado amplia o acesso à rede pública nunca se comprovou desde antes da vigência da Lei do capital estrangeiro na saúde entrou em vigor e caiu por terra de vez quando a pandemia se alastrou e muitos brasileiros não tiveram acesso a leitos de UTI para internação, além de não terem contado com a possibilidade de internação em leitos privados ociosos, a não ser por determinação judicial. Na verdade, a tese já conhecida e que nesse contexto foi comprovada é que o contingenciamento de recursos para o SUS é usado como justificativa para a expansão do setor privado de saúde como forma de “desafogar” a demanda para o sistema público de saúde, o que é usado como justificativa para reduzir os recursos. Esse conflito de interesses tensiona e acirra as desigualdades entre saúde pública e privada no sistema de saúde brasileiro, conformando um círculo ilegítimo cujo fortalecimento do setor privado pressupõe a destruição do público.

Nesse ínterim, com base nos estudos previamente realizados, foi elaborada a tese do “universalismo privatizante”, estruturado na identificação de como o movimento de universalização do componente privado se expressa no sistema de saúde brasileiro, tanto pelo fomento à ampliação do setor privado suplementar, por meio de subsídios e políticas públicas,

quanto pela prestação privada de serviços no âmbito do próprio SUS. Este panorama é complementado pela restrição de recursos financeiros para o SUS, configurando a (des)orientação do sistema de saúde em tempos de crise econômica e sanitária.

O duplo movimento das políticas públicas no Brasil é sintetizado pela expressão “universalismo privatizante”, que se justifica pela forma como vem ocorrendo o projeto de universalização do acesso aos serviços de saúde no Brasil. Enquanto o SUS tem como princípio fundamental a universalidade do acesso público aos serviços de saúde, observa-se, ao longo dos anos, a contenção de recursos para a saúde pública, principalmente a partir da crise econômica iniciada em 2014, enquanto ocorre aumento dos subsídios públicos para o setor privado de saúde, fomentando tanto a alavancagem dos planos de saúde como também a prestação privada de serviços de saúde, mesmo em períodos recessivos.

Soma-se a isso a orientação dos organismos multilaterais para que os sistemas de saúde dos países da América Latina garantam acesso a todos por meio da CUS. No entanto, a ampliação do acesso, segundo essa diretriz, encontra-se calcada na prestação privada de serviços de saúde. O aumento de gasto público em saúde orientado, principalmente, para enfrentamento da crise econômica e sanitária, não se destina à ampliação de investimentos públicos, mas sim para redirecionamento à iniciativa privada.

Sob esse prisma, os princípios ideológicos que norteiam o sistema de saúde brasileiro, voltados para o sucateamento do SUS e a “SUSstentação” do mercado privado de saúde – com aumento dos subsídios públicos e expansão da prestação privada de serviços de saúde –, em um contexto de crise econômica e sanitária, formam a tríade de um ciclo que não gera saúde. Muito pelo contrário, acirra desigualdades em saúde e desigualdades sociais.

Os princípios ideológicos que norteiam as políticas de saúde no Brasil, a redução de recursos financeiros com o consequente sucateamento do SUS e a “SUSstentação” do mercado privado de saúde, mediante a concessão de subsídios públicos a organizações sociais ou a planos de saúde, conformam o que se pode denominar como “tríade da desigualdade”, a qual foi agravada no contexto de crise econômica e sanitária.

Em períodos recessivos, constata-se que é gerado um círculo vicioso que envolve o congelamento de gastos públicos com saúde e o aumento dos subsídios governamentais voltados a garantir a preservação e expansão do mercado privado de saúde, bem como históricas estratégias empresariais para diversificação de atividades, mitigação de prejuízos e forte inserção política. Fatores que viabilizam a ascensão do capital em tempos de crise econômica e sanitária.

Diante de todo o exposto, torna-se premente trazer à tona a discussão pautada na importância do SUS e nos princípios que norteiam o sistema de saúde no Brasil, além de questões relativas ao financiamento, incluindo o apoio governamental e a transferência de recursos públicos para o setor privado de saúde em detrimento do SUS.

Como limitações dos estudos, cabe ressaltar que não se pretendeu esgotar a literatura existente, dada a amplitude das análises e dos diversos assuntos abordados, mas sim situar o setor privado de saúde no cenário econômico, político e sanitário e sistematizar o leque de ações e estratégias postas em prática em prol da expansão do mercado de saúde, assim como a consequente instabilidade para o sistema de saúde no Brasil.

O atual cenário de crise econômica, restrição de políticas públicas, redução da dimensão pública do Estado vis-à-vis a ampliação do setor privado na saúde, a precarização do trabalho e o congelamento de gastos sociais impõem desafios para a saúde coletiva, sendo importante retomar as bases do movimento da reforma sanitária para que formule propostas e se articule politicamente em prol da sustentabilidade e do fortalecimento do SUS, para que o sistema de saúde exerça todo o seu potencial de contribuir para um modelo de desenvolvimento promotor de igualdade social.

A superação da crise sanitária já em curso no país antes mesmo da pandemia de covid-19, mas agravada por esta, requer a retomada da universalidade como preceito basilar para a conformação de um sistema nacional de saúde destinado à garantia de direitos de cidadania. Urge a ruptura do atual modelo de economia para a construção de um novo tipo de desenvolvimento que supere as lacunas existentes, norteado por princípios de igualdade, proteção de direitos humanos e democracia, para a construção de uma sociedade mais justa e menos desigual, no qual o ser humano é o principal valor a ser considerado.

## REFERÊNCIAS

- ANS. Dados e indicadores do setor. **ANS**, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- ANS. ANS: números de maio reafirmam crescimento no setor. **ANS**, 05 jul. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-numeros-de-maio-reafirmam-crescimento-no-setor>. Acesso em: 06 jul. 2021.
- ANS. Boletim Covid-19 saúde suplementar. **ANS**, jun. 2021c. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/boletim-covid-19-ans\\_2021-junho.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/boletim-covid-19-ans_2021-junho.pdf). Acesso em: 06 jul. 2021.
- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, abr. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>.
- ANDRIETTA, L. S. *et al.* Empresas de plano de saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. 26 p. (Textos para Discussão, 51). Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PJSSaudeAmanha\\_Texto0051\\_v04.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PJSSaudeAmanha_Texto0051_v04.pdf). Acesso em: 27 Jul. 2021.
- ANDRIETTA, L. S. *et al.* The differential impact of economic recessions on health systems in Middle income settings: a comparative case study of unequal states in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 2, p. e002122, 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/2/e002122>. Acesso em: 15 jul. 2022.
- ANTONOVA, L.; BUCHER-KOENEN, T; MAZZONNA, F. Long-term health consequences of recessions during working years. **Social Science & Medicine**, v. 187, p. 134-143, Aug. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.025>.
- ABRASCO. Campanhas vidas iguais e leitos para todos unificam ações e inspiram demais redes. **Abrasco**, 21 abr. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/campanhas-vidas-iguais-e-leitos-para-todos-unificam-acoes-e-inspiram-demais-redes/47115/>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W7zxfv588XxhKQ7JJ8dGVKD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, jun. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011>.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200005>.

BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. 1999. 380 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 105-122, 1997. Disponível em: [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/1997\\_2/artigos/csc\\_1997\\_v5n2\\_105-122.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/1997_2/artigos/csc_1997_v5n2_105-122.pdf). Acesso em: 30 mar. 2021.

BARR, B. *et al.* Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. **BMJ**, v. 345, p. e5142, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.e5142>.

BAUMBACH, A.; GULIS, G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. **European Journal of Public Health**, v. 24, n. 3, p. 399-403, 2014. DOI: 10.1093/eurpub/cku042.

BAYLISS, D.; OLSEN, W.; WALTHERY, P. Well-Being during recession in the UK. **Applied Research in Quality of Life**, v. 12, n. 2, p. 369-387, 2017. DOI: 10.1007/s11482-016-9465-8.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação. **CCGU**, 2022. Disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/publico/Manifestacao/SelecionarTipoManifestacao.aspx>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2020a Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Informações de saúde**. Rede Assistencial. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiutibr.def>. Acesso em: 21 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. Brasília, DF: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, edição extra, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 29 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 04 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BROWN, K.; WEBB, O. The big tech of health care. **The American Prospect**, Apr. 2021. Disponível em: <https://prospect.org/health/big-tech-of-health-care-united-optum-change-merger/>. Acesso em: 05 jul. 2021.

CARVALHO, L. **Valsa brasileira**: do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018.

CAPGEMINI. **World insurance report**: past, present and future. [S. l.]: CAPGEMINI, 2017. Disponível em: <https://worldinsurancereport.com/wp-content/uploads/sites/6/2018/10/World-Insurance-Report-%E2%80%93-Past-Present-and-Future.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021.

CAPGEMINI; EFMA. World insurance report. [S. l.]: CAPGEMINI; EFMA, 2015. Disponível em: <https://worldinsurancereport.com/wp-content/uploads/sites/6/2018/10/World-Insurance-Report-2015.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021.

CERQUEIRA, S.; THOMAS, J. A.; BRUNO, C. COVID-19: o drama nos hospitais públicos e as saídas para mitigar a crise. **Veja**, 15 maio 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/COVID-19-o-drama-nos-hospitais-publicos-e-as-saidas-para-mitigar-a-crise/>. Acesso em: 22 jun. 2020.

CEPAL. **Construir un nuevo futuro**: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad. Santiago: CEPAL, 2020. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46227/1/S2000699\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46227/1/S2000699_es.pdf). Acesso em: 1 jun. 2021.

CMAP. Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União. **Relatório de avaliação**: dedução das despesas médicas do IRPF. Ciclo 2020. [Brasília]: CMAP, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/subsidios/relatorio-de-avaliacao-cmas-2020-deducao-despesas-medicas>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). [Brasília, DF: Ministério da Saúde], 2008. 216 p. Disponível em: [https://bvsm/s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsm/s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). Acesso em: 24 fev. 2022.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. [S. l.]: Graal, 1984. 175 p.

CULYER, A. J.; WAGSTAFF, A. Equity and equality in health and health care. **Journal of Health Economics**, v. 12, n. 4, p. 431-457, 1993. DOI: 10.1016/0167-6296(93)90004-x.

DE VOGLI, R. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, n. 58, July 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0058-6>.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 3, n. 1, p. 139-162, 1990.

FERGUSON, N. M. *et al.* **Report 9**: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London: Imperial College London, 2020.

FUNCIA, F. R. Sistema Único de Saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016. *In*: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **30 anos da seguridade social**: avanços e retrocessos. Brasília: ANFIP, 2018.

FIOCRUZ. **Monitora Covid-19**: tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados. Nota Técnica: 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

GERENCHER, K. How the big health insurer mergers will impact you. **Market Watch**, Sept. 2015. Disponível em: <https://www.marketwatch.com/story/how-the-big-health-insurer-mergers-will-impact-you-2015-09-21>. Acesso em: 30 jul. 2018.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 11, nov. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021314>.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE (GEPS); GRUPO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE O EMPRESARIAMENTO DA SAÚDE (GPDES). As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e oportunismo. **GEPS USP**, 2020. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/planos-de-saude-na-pandemia-do-coronavirus-entre-a-omissao-e-o-oportunismo/>. Acesso em: 26 jun. 2020.

HONE, T. *et al.* Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 11, e1575-e1583, Nov. 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30409-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30409-7).

IBGE. IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo. Brasil: 2006-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KARANIKOLOS, M. *et al.* Financial crisis, austerity, and health in Europe. **The Lancet**, v. 381, n. 9874, p. 1323-1331, 2013. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).

KONDILIS, E. *et al.* Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 6, p. 973-980, 2013. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301126.

LEUNG, K. *et al.* First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning. **The Lancet**, v. 395, n. 10233, p. 1382-1393, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30746-7).

LEVCOVITZ, E.; COUTO, M. H. C. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. In: NOGUEIRA, R. P. *et al.* (org.). **Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises. Tendências recentes das políticas sociais na América Latina.** Brasília, DF: NESP, 2018. p. 99-118. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2019/02/4-Sistemas-de-sa%C3%BAde-na-Am%C3%A9rica-Latina-no-s%C3%A9culo-XXI.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

LUSARDI, A. The economic crisis and medical care use: comparative evidence from five high income countries. **Social Science Quarterly**, v. 96, n. 1, p. 202-213, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/ssqu.12076>.

MADUREIRA-LIMA, J. *et al.* The great recession and inequalities in access to health care: a study of unemployment and unmet medical need in Europe in the economic crisis. **International Journal of Epidemiology**, v. 47, n. 1, p. 58-68, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyx193>.

MARMOT, M.; BELL, R. How will the financial crisis affect health? **BMJ**, v. 338, n. 1, p. 858-860, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.b1314>.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, p. e000829, 2018. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000829.

MAYER, A.; FOSTER, M. Understanding recession and self-rated health with the partial proportional odds model: an analysis of 26 countries. **PLoS One**, v. 10, n. 10, p. e0140724, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140724>.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020. DOI: [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.25260](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260).

MOGHADAS, S. M. *et al.* Projecting hospital utilization during the COVID-19 outbreaks in the United States. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 117, n. 16, p. 9122-9126, 2020. DOI: 10.1073/pnas.2004064117.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12 n. 2, ago. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2022.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 9 May, 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf). Acesso em: 01 jun. 2021.

PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 340 p.

RIO DE JANEIRO (Município). **Programa Rio de Novo**. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.rio/tag/rio-contra-o-corona/> acesso em: 13 jul. 2020.

ROCHA, R. *et al.* Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 6, p. E782-E792, June 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4).

SANTENAC, I. *et al.* **2021 Global insurance outlook**. United Kingdom: Ernst & Young, 2021. Disponível em: [https://www.ey.com/en\\_gl/insurance/2021-global-insurance-outlook-accelerating-change-to-create-value](https://www.ey.com/en_gl/insurance/2021-global-insurance-outlook-accelerating-change-to-create-value). Acesso em: 25 jul. 2021.

SÃO PAULO (Estado). Plano São Paulo. 2020. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/balanco-plano-sp-10072020.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SCHENKMAN, S.; BOUSQUAT, A. E. M. Alteridade ou austeridade: uma revisão acerca do valor da equidade em saúde em tempos de crise econômica internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23202019>.

SCHÄFERHOFF, M. *et al.* Trends in global health financing. **BMJ**, v. 365, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2185>.

SCHICH, S. Insurance companies and the financial crisis. **Financial Market Trends**, n. 2, 2009. Disponível em: <https://www.oecd.org/finance/insurance/44260382.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2021.

SERAPIONI, M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170116>.

STUCKLER, D. *et al.* Austerity and health: the impact in the UK and Europe. **European Journal of Public Health**, v. 27, suppl. 4, p. 18-21, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx167>.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 2.p. 11-21, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>.

THOMAS, S. *et al.* **Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies**. Copenhagen, DK: European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 ago. 2021.

VAROUFAKIS, Y. **O minotauro global: a verdadeira origem da crise financeira e o futuro da economia global**. [São Paulo]: Autonomia Literária, 2018. 316 p.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

VIDAS IGUAIS. Leitos para todos. Rede solidária em defesa da vida Pernambuco. **Vidas Iguais**, 2020. Disponível em: <https://www.vidasiguais.com.br>. Acesso em: 28 jun. 2020.

WAGSTAFF, A.; DOORSLAER, E.V. Equity in health care finance and delivery. *In*: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (org.). **Handbook of health economics**. [North Holland]: Elsevier, 2000. v. 1B, p. 1803-1862.

WEISSMAN, G. E. *et al.* Locally informed simulation to predict hospital capacity needs during the COVID-19 Pandemic. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 1, p. 21-28, 2020. DOI: 10.7326/M20-1260.

WENZL, M.; NACI, H.; MOSSIALOS, E. Health policy in times of austerity: a conceptual framework for evaluating effects of policy on efficiency and equity illustrated with examples from Europe since 2008. **Health Policy**, v. 121, n. 9, p. 947-954, Sept. 2017. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.07.005.

WHO. **Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance**. Geneva: WHO, 2020.