

Relatório Técnico nº11/2023

Integração Público-privada na Saúde

O Relatório Técnico da Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), da Umane e do Instituto Veredas, que integram as ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir com o debate público subsidiando os poderes Executivo e Legislativo a partir de documentos para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse: www.agendamaisus.org.br.

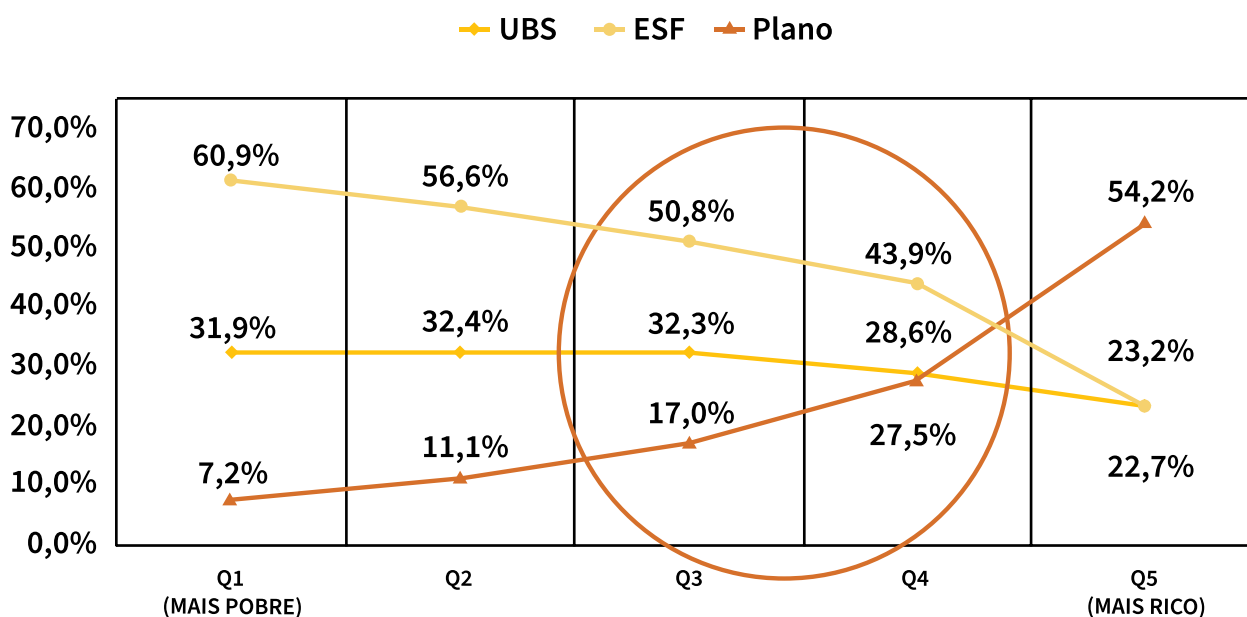
Resumo

A opinião pública sobre o sistema de saúde brasileiro tende a ser negativa e isso atinge tanto o sistema público quanto o suplementar, embora o primeiro tenda a ser mais criticado [1]. No entanto, parece haver uma valorização do status de se possuir um plano de saúde privado, como se este fosse capaz de garantir maior segurança, independência, conforto e tranquilidade [2].

- Com dados de 2014, pesquisa de opinião do Conselho Federal de Medicina (CFM) encontrou avaliações mais críticas ao SUS entre os que possuem nível superior de escolaridade, nas classes AB, entre os que possuem plano de saúde, no Norte e Centro-Oeste e nas regiões metropolitanas. Avaliações um pouco mais positivas entre os mais velhos, nas classes DE, escolaridade Fundamental e no Interior [3].
- Uma pesquisa de 2018 demonstrou que 96% das pessoas entrevistadas considerava que o sistema de saúde brasileiro deveria passar por mudanças significativas ou ser construído do zero. A principal barreira identificada era o acesso à saúde fora de horário comercial. Ter uma unidade de atenção primária perto de casa mostrou um efeito protetor sobre a opinião da necessidade de mudanças fundamentais no sistema de saúde na Colômbia, Brasil e El Salvador. Pessoas com maior escolaridade tinham uma opinião pior do sistema de saúde brasileiro [4].
- 84% dos não-beneficiários de planos de saúde indicaram ser muito importante ou importante ter um plano de saúde e 58% indicaram que se sentiriam muito mais seguros ou seguros caso tivesse um plano de saúde durante a pandemia [2].
- Para os possuidores de planos privados, é possível “driblar” as regulações e obter o cuidado mais adequado, mesclando serviços públicos e privados conforme necessidade, concretizando a dupla cobertura [5].
- No entanto, como demonstra a Figura abaixo [6], apenas o quintil mais rico da população, em 2013, tinha um acesso à saúde percentualmente maior (54,2%) via plano de saúde privado, com a maior

parte da população vinculada à Atenção Primária em Saúde (APS), seja via unidades básicas, seja via Estratégia de Saúde da Família. Assim, percebe-se que a ideia de “independência” da saúde pública não se sustenta mesmo para as camadas mais ricas da população.

Cobertura de saúde contínua segmentada por quintil de renda familiar, Brasil, 2013

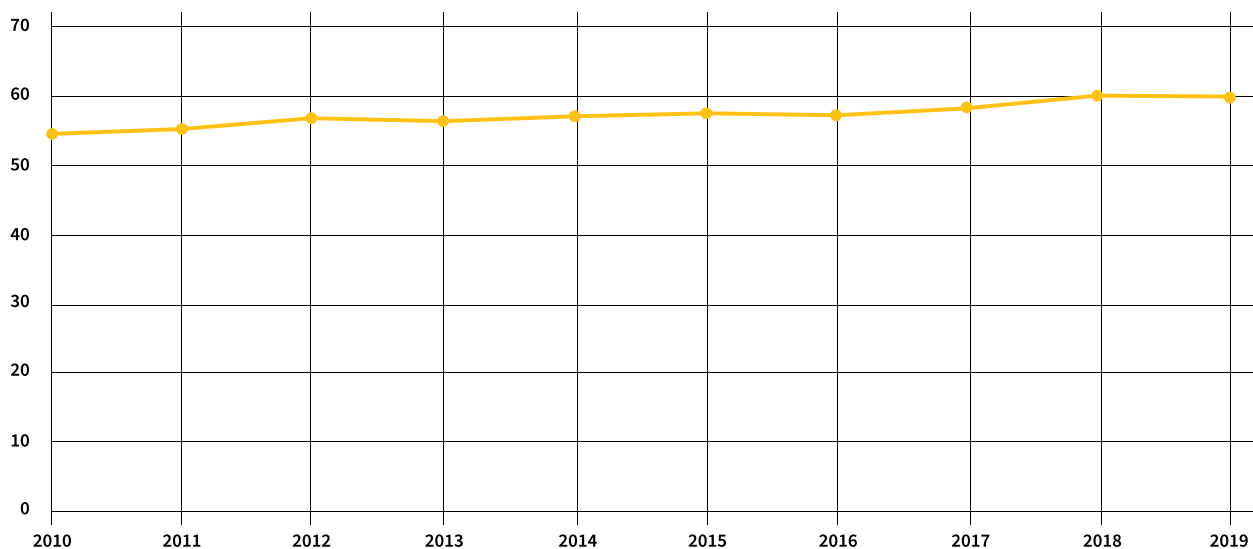


Já na porta de entrada dos sistemas público e privado encontramos diferenças marcantes. Embora a Atenção Primária à Saúde (APS) seja considerada resolutive para as principais demandas de saúde da população, proporcionando maior efetividade e eficiência ao sistema [7], há grande resistência em romper, nos planos de saúde privados, com a lógica de entrada direta para especialistas [1].

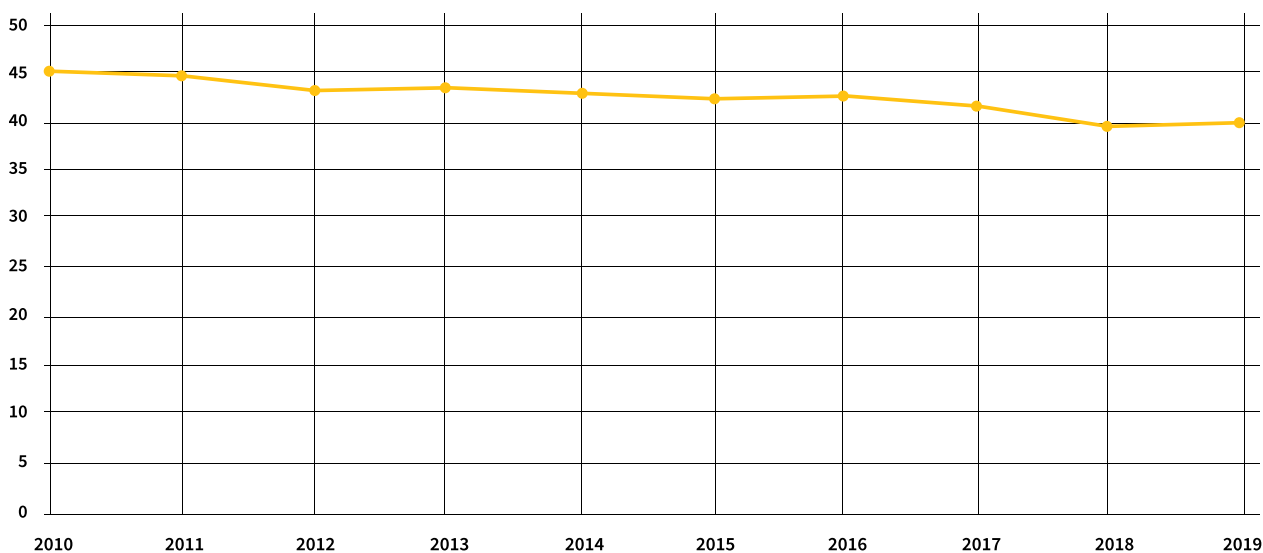
- Assim, o sistema de saúde suplementar apresenta uma fragilidade de sustentabilidade sanitária e financeira que é o modelo fragmentado no qual não há comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, nem um lugar de coordenação assistencial, o que prejudica a eficiência do cuidado [1].

Apesar dessas fragilidades, existe uma assimetria de recursos disponibilizados para os setores público e privado, no Brasil, com 54% do gasto com saúde sendo direcionado ao setor privado que atende apenas 25% da população. Já o SUS, conta com apenas 46% dos recursos para atender 75% da população [8]. Tal situação também onera as famílias brasileiras, que assumem mais da metade das despesas com saúde no país, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), como demonstra a figura abaixo.

Cobertura de saúde contínua segmentada por quintil de renda familiar, Brasil, 2013



Fonte: Relações entre despesas com produtos de saúde e PIB / Participação das famílias e ISFL nas despesas com consumo final de bens e serviços de saúde (Unidade: %), 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10093/82693?tipo=grafico&indicador=82703>



Fonte: IBGE. Relações entre despesas com produtos de saúde e PIB / Participação do governo nas despesas com consumo final de bens e serviços de saúde (Unidade %), 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10093/82693?tipo=grafico&indicador=82702>

- Em 2019, as despesas totais com consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil representaram 9,6% do PIB. Desse total, 3,8% foram gastos pelo governo e 5,8% corresponderam às despesas das famílias e das instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (IFSL), totalizando R\$711,4 bilhões. Os gastos do governo com saúde atingiram R\$283,61 bilhões, enquanto as despesas das famílias e IFSL totalizaram R\$427,8 bilhões. [9]
- Em 2019, a maior parte das despesas das famílias com saúde foram destinadas aos serviços de saúde privados, incluindo custos com médicos e planos de saúde. Esses gastos representaram aproximadamente 67,5% do total de despesas de consumo final de saúde pelas famílias. A maior parte do gasto foi direcionada à saúde privada, totalizando um valor de R\$282,67 bilhões, seguida pelos gastos em medicamentos para uso humano, que totalizaram R\$122,74 bilhões. Esses dois itens combinados representaram cerca de 29,3% das despesas com saúde das famílias naquele ano. [9]
- No âmbito governamental, o maior gasto em termos de produto foi com a saúde pública, totalizando R\$225,89 bilhões. Além disso, os gastos do governo com medicamentos distribuídos somaram R\$9,3 bilhões em 2019, o que representa cerca de 3,3% do total de despesas de consumo final com saúde pelo governo. [9]

Nesse contexto, parece haver uma escolha do setor público de subfinanciar a rede própria e valorizar o setor privado com subsídios, copagamentos, desonerações e financiamento público [8]. Tal investimento, no entanto, beneficia em grande medida a parcela mais rica da população [10].

Características dos planos de saúde privados e seus beneficiários

- Em tendência de queda desde 2015, houve um aumento, em 2021, da porcentagem da população com plano de saúde privado, o maior índice desde final de 2016.
- O primeiro movimento de perda de beneficiários (2015-2020) provavelmente está relacionado com a redução de empregos formais, dado que a contratação de planos de saúde coletivos empresariais é diretamente influenciada pelo mercado de trabalho com carteira assinada. [1; 11].
- Já o aumento do ano de 2021, é atribuído à insegurança oriunda da pandemia, que ressaltou as disparidades de ocupação de leitos entre sistemas, e fez crescer em especial o número de beneficiários idosos [2].

Porcentagem de cobertura dos planos de saúde privados em relação à população brasileira

Ano	Assistência Médica (% da população com plano de saúde privado)
dez/14	25,7
dez/15	25,8
dez/16	24,9
dez/17	24,3
dez/18	24,2

dez/19	24,1
dez/20	24,1
dez/21	24,7

Fonte: ANS. Dados e Indicadores do Setor. Beneficiários por UF, região metropolitana e capital, 2021 - Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

- A maior parte dos beneficiários de plano de saúde (81,3%) utiliza planos coletivos, em especial os de modalidade empresarial. Inclusive uma parcela significativa dos servidores públicos brasileiros são beneficiários de planos privados de saúde pagos através de co-participação dos governos [14].

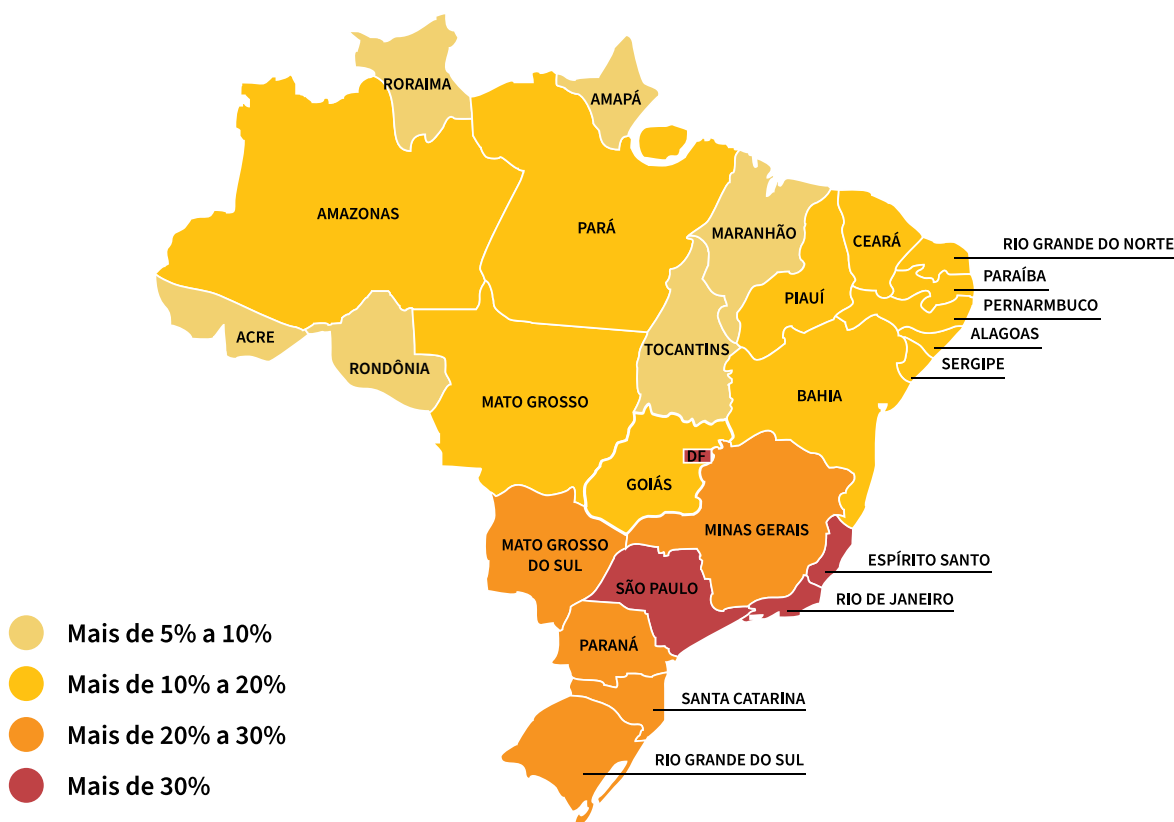
Beneficiários por tipo de plano de saúde privado (dados de maio de 2021)

	Total	%
Individual ou Familiar	8.945.678	18,6%
Coletivo	39.128.706	81,3%
Coletivo Empresarial	32.848.168	68,2% (do total)
Coletivo por adesão	6.280.118	13,1% (do total)
Coletivo não identificado	420	-
Não Identificado	63.383	0,1%

Fonte: ANS. Sala de situação, 2021 - Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html

- **Os planos de saúde são principalmente orientados ao centro-sul.** A distribuição de beneficiários por Unidade Federativa (UF) é bastante desigual, com a maior parte dos estados tendo uma representação menor de beneficiários de planos de saúde privados do que sua representação populacional. São super representadas no mercado dos planos de saúde privados as UF do Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e, em especial, São Paulo (36,27% de todos os beneficiários).

Taxa de cobertura de planos de saúde privados por UF (maio/2021)



Fonte: ANS. Informações gerais. Dados Consolidados da Saúde Suplementar, 2021 - Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

Rede assistencial e a integração entre sistemas

Uma consequência direta de arranjos mistos de financiamento é a desigualdade de acesso existente entre o grupo coberto exclusivamente pelo sistema público e o grupo que adicionalmente conta com seguro privado [28].

- **Na articulação com o SUS, observa-se que os planos privados de saúde não atendem em estabelecimentos da dimensão da atenção primária em saúde e pouco estão representados nos prontos-socorros gerais.** Sua maior presença é em consultórios isolados ou clínicas e ambulatorios especializados. No que diz respeito ao tipo de atendimento, os planos de saúde privados estão principalmente representados no atendimento ambulatorial e nos serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia.
- Parece haver uma dependência entre os setores, com os serviços de **maior densidade tecnológica e mais custosos fixados no setor privado**, com modalidade jurídica de contratualização/terceirização/parcerias público privadas, que, não raro, é uma relação vantajosa, financeiramente, para a iniciativa privada [8].

- As lacunas assistenciais na média e alta complexidade têm sido ocupadas pelo setor privado e filantrópico, sobretudo a partir do nível secundário de atenção à saúde [8].
- **A relação público-privada se complexifica ainda mais quando os mesmos profissionais e prestadores de serviços atuam na rede pública e na rede privada, influenciando a organização da oferta e priorizando recursos municipais para a alta complexidade em detrimento da atenção primária em saúde [12].**
- No ano de 2020, por exemplo, a média dos valores das consultas ambulatoriais dos planos de saúde privados foi de R\$ 101,13, enquanto no setor público o custo foi de R\$ 5,72. No que tange às internações, o valor médio no plano privado foi de R\$ 10.259,65 e, no SUS, de R\$ 1.533,22.

Número e custo de internações e consultas ambulatoriais nos planos privados de saúde e no SUS (2020)

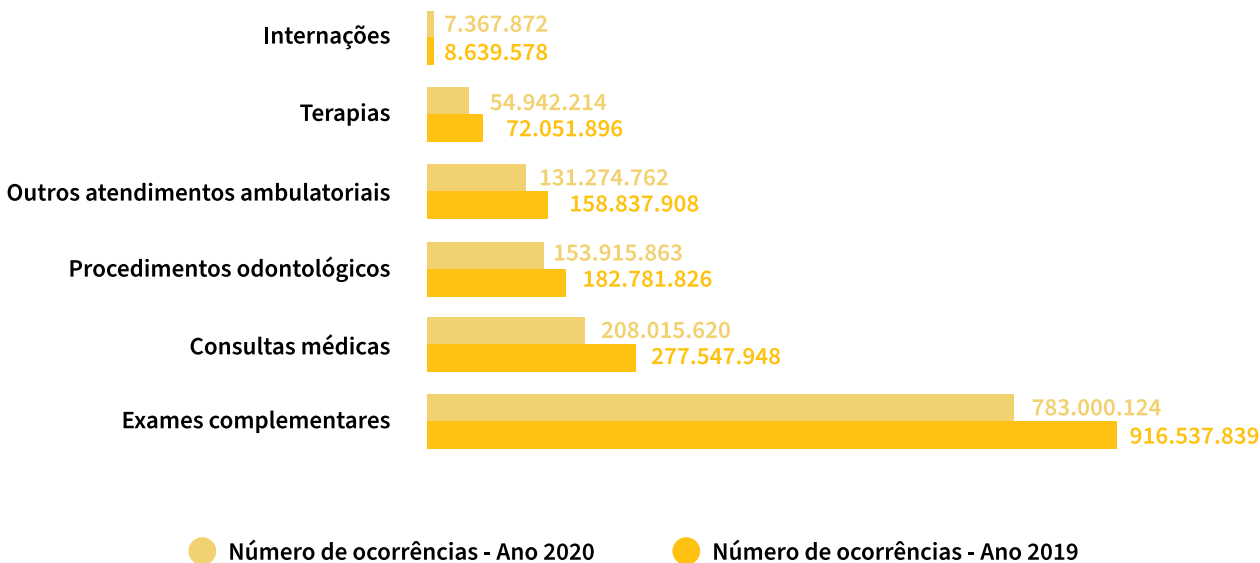
	Internações	Custo total das internações	Consulta ambulatorial	Custo total da consulta ambulatorial
Plano privado de saúde ¹	7.367.872	R\$ 75.591.769.415,80	295.675.649	R\$ 29.902.389.472,11
SUS ²	10.685.585	R\$ 16.383.338.716,20	3.153.127.372	R\$ 18.048.594.887,99

Fonte: ¹Dados oriundos da planilha Dados assistenciais do setor por semestre do ano de 2020, disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Para as internações, foram utilizados os valores de “Internações” (colunas BO e EA). Para atendimento ambulatorial, foram utilizados os valores de “Consultas Médicas Ambulatoriais” e “Outros atendimentos ambulatoriais” (colunas E, AF, DV e DX).

²Dados oriundos do TABNET - Assistência à saúde, disponível em: . Para as Internações, foi consultada a Produção Hospitalar (SIH/SUS) > Dados Consolidados AIH (RD), por local de internação, a partir de 2008, com filtro ao ano de 2020 por AIH Aprovadas e Valor Total. Para Consulta ambulatorial, foi consultada a Produção Ambulatorial (SIA/SUS) > Por local de atendimento - a partir de 2008, com filtro ao ano de 2020 por Quantidade Aprovada e Valor Aprovado.

- O setor de planos de saúde privados realizou 1,3 bilhão de consultas, exames, terapias, cirurgias e procedimentos odontológicos em 2020, **17,2% a menos que em 2019**. A queda mais acentuada foi no número de consultas, que apresentou redução de 25%. Na avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), isso se deu pela diminuição de procedimentos não urgentes devido à pandemia de Covid-19 [13].

Produção Assistencial do Setor



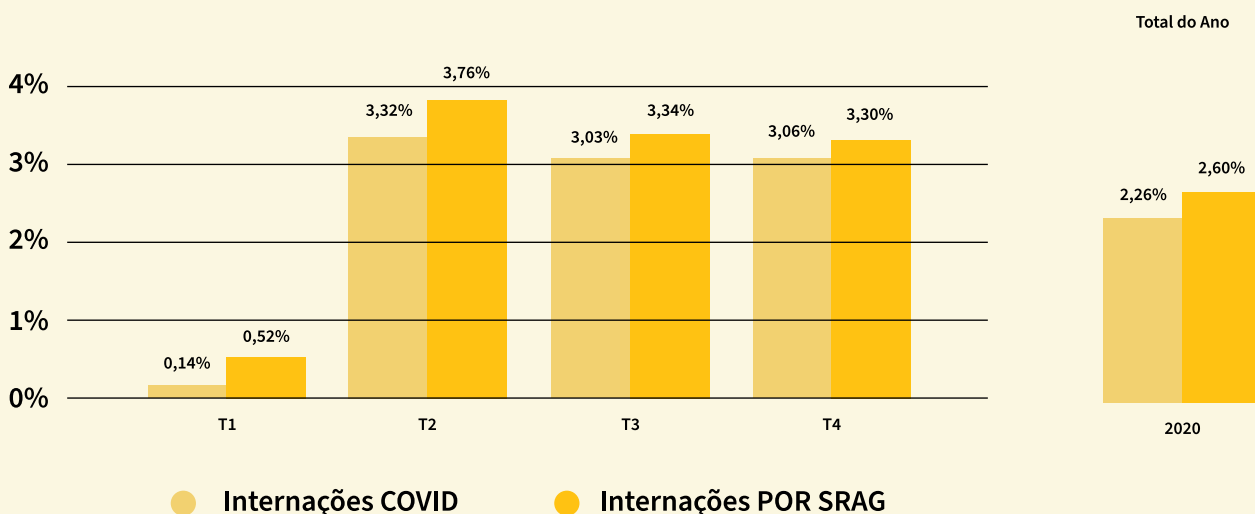
Fonte: ANS. Planos de saúde realizaram 1,3 bilhão de procedimentos em 2020, 2021 - Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-realizaram-1-3-bilhao-de-procedimentos-em-2020>

- **Em 2021, mesmo face a um balanço positivo das operadoras em 2020, foi autorizada a recomposição dos planos de saúde, sem maiores medidas de controle de abusos por parte da ANS. A recomposição pode chegar a 50% do valor anterior do plano [26].**

Covid-19

- Durante a pandemia, houve aumento de internações por Covid-19 e Síndrome respiratória aguda nos hospitais conveniados com planos de saúde.

Evolução trimestral da proporção de internações por Covid-19 e SRAG em relação ao total de internações



Fonte: ANS. Mapa assistencial de saúde suplementar, 2021 - Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZDFkODkxNmM-t0DgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwNDViNmU1ZW41IiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYtctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

- Em 2021, após negativas e atrasos na autorização de exames diagnósticos para Covid-19, por parte das operadoras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) alterou a Diretriz de Utilização (DUT) para realização do exame Pesquisa por RT-PCR, utilizado para o diagnóstico da Covid-19. Desde a entrada em vigor do novo Rol de Procedimentos, as solicitações médicas que atendam às condições estabelecidas na DUT devem ser autorizadas pelas operadoras de planos de saúde de forma imediata **[30]**.
- Apenas em janeiro de 2021, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor recebeu um número três vezes maior de reclamações contra os planos de saúde se comparado com janeiro de 2020. O aumento foi de 475% em relação a janeiro de 2019 **[31]**.
- A Política Nacional de Saúde Suplementar para o enfrentamento da Covid-19 (PNSSCovid-19) só foi aprovada em setembro de 2021.

Gestão privada do SUS

- Dentre os estabelecimentos que realizam atendimento ambulatorial no SUS, 84% têm natureza jurídica de administração pública; 11,3% são entidades empresariais e 4,3% são entidades sem fins lucrativos.

Dados dos estabelecimentos que realizam atendimento ambulatorial, por natureza jurídica e tipo de atendimento (junho de 2021)

Natureza Jurídica	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Administração Pública	72568	154	212	71
Entidades Empresariais	9788	119883	78	16
Entidades sem Fins Lucrativos	3659	6818	673	1235
Pessoas Físicas	333	1	549	4
TOTAL	86.348	126.856	1.512	1.326

Fonte: CNES/TABNET. Elaboração própria, 2023.

- Já dentre os estabelecimentos que realizam internações no SUS, 61,6% têm natureza jurídica de administração pública; 11,6% são entidades empresariais e 26,8% são entidades sem fins lucrativos.

Dados dos estabelecimentos que realizam internações, por natureza jurídica e tipo de atendimento (em junho de 2021)

	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Administração Pública	3910	36	50	38
Entidades Empresariais	738	2236	272	1648
Entidades sem Fins Lucrativos	1701	1536	361	1037
TOTAL	6.349	3.808	683	2.723

Fonte: CNES/TABNET. Elaboração própria, 2023.

- Dos leitos habilitados para atendimento SUS, 55,9% têm natureza jurídica de administração pública; 7,4% são entidades empresariais e 36,7% são entidades sem fins lucrativos.

Quantidade de leitos, por natureza jurídica e tipo de atendimento (em junho de 2021)

	Quantidade - SUS	Quantidade - Não SUS
Administração Pública	175244	5554
Entidades Empresariais	23193	82660
Entidades sem Fins Lucrativos	115222	46985
TOTAL	313.659	135.199

Fonte: CNES/TABNET. Elaboração própria, 2023.

- Em quatro anos, a gestão terceirizada de unidades de saúde dos municípios brasileiros subiu de 10,6% para 13,2%. Dessas unidades terceirizadas, 73% estão sob gestão privada. A grande maioria (58%) está sob gestão de OS (Organizações Sociais), entidades sem fins lucrativos, e 15% nas mãos de empresas privadas, por meio de modelos como as PPP (Parcerias Público-Privadas) [29].
- Dos 3.013 estabelecimentos de saúde sob responsabilidade municipal:
 - **58,3%** são gerenciados por organizações sociais;
 - **15%** por empresas privadas;
 - **11%** por consórcios públicos;
 - **9,4%** por fundações;
 - **72,4%** estão no Sudeste, sobretudo no estado de SP.

Nos municípios com até 5.000 habitantes, **65%** dos serviços de saúde são administrados por consórcios públicos

Nos municípios com população acima de 500 mil habitantes, **83%** são geridos por organizações sociais [29].

No entanto, parece haver importante lacuna de dados sobre administração privada e por organizações sociais, em especial dos serviços da APS.

Rede assistencial e a integração entre sistemas

Revisões sistemáticas

- Uma revisão sistemática de qualidade incerta examinou os efeitos de diferentes configurações financeiras em sistemas de saúde de países periféricos. Evidências fracas indicam que os efeitos de mudanças no valor das taxas cobradas dos usuários sobre a utilização e a equidade são incertos, bem como são incertos os desfechos da adesão ou não aos Princípios de Paris. Evidências fracas indicam que planos de saúde comunitários aumentam a utilização dos serviços, mas os efeitos em desfechos de saúde são incertos. **Evidências fracas indicam que incentivos financeiros aos usuários do sistema de saúde podem aumentar a adesão a tratamentos de longo prazo, mas os efeitos sobre os desfechos de saúde e sobre a completude de tratamentos para tuberculose são incertos.** Evidências de qualidade moderada indicam que programas de transferência condicional de renda resultam em um aumento da utilização dos serviços, mas os efeitos sobre desfechos de saúde são incertos. **O uso de vouchers têm evidências fracas de aumento do uso dos serviços em saúde, mas os efeitos sobre os desfechos em saúde é incerto [32].**
- **A terceirização (contracting out) de serviços de saúde em Camboja e na Guatemala durante 12 meses não apresentou efeitos significativos em diversos índices como taxa de imunização de crianças entre 12 e 24 meses, quantitativos de mulheres que receberam pelo menos duas consultas pré-natal, uso de contraceptivo feminino, mortalidade infantil de crianças menores de 1 ano, e incidência de diarreia na infância. Há evidências moderadas de que tais experiências de terceirização reduziram os custos individuais com cuidados curativos.** Entretanto, não há evidências sobre os efeitos das terceirizações em termos de efeitos adversos ou na promoção da equidade em saúde [33].

Outros artigos científicos

- Há a necessidade de consolidação da APS como política prioritária do SUS, e da utilização de um setor complementar privado que atenda aos interesses da população usuária e à regulação dos entes públicos. Quanto à contratualização de prestadores privados, **uma alternativa seria fazer contratos coletivos, consorciados e por linha de cuidado, para a mesma finalidade regional.** Essa estratégia fortaleceria a regionalização, na perspectiva que as ações coletivas tendem a alcançar melhores resultados com menor custo aos serviços de saúde, e ainda por compreender que as ações de média complexidade se constituem de uma responsabilidade tripartite [12].

- Aponta-se como possibilidade a realização de **contratos com serviços privados executados em blocos e/ou redes de atenção de forma consensuada entre gestores**, abrangendo toda a região. [...] o fortalecimento da governança regional, a ação regulatória da gestão, e a mobilização social, surgem como estratégias possíveis e também necessárias a este enfrentamento [34].

Subsídios para a saúde suplementar

Há diversos subsídios públicos diretos e indiretos para a saúde suplementar. O setor privado é induzido, viabilizado e subvencionado pela expressiva renúncia fiscal em saúde estabelecida tanto para trabalhadores, via dedução de despesas médicas do imposto de renda [21], como para hospitais filantrópicos que operam seguros saúde e têm deduções devido ao certificado de filantropia, as cooperativas médicas que não pagam alguns tributos e há desonerações fiscais diretas para setores produtivos relacionados, como a indústria química e farmacêutica [11].

A renúncia da arrecadação fiscal, na análise do economista Ocké-Reis, pode induzir o crescimento do mercado de planos de saúde – em detrimento do fortalecimento do SUS – e, também, gerar situação de injustiça distributiva, ao favorecer os estratos superiores de renda e determinadas atividades econômicas lucrativas [15]. A renúncia reforça a iniquidade do sistema de saúde, o que piora a distribuição do gasto público per capita – direto e indireto – para os estratos inferiores e intermediários de renda.

Além disso, os subsídios não desafogam completamente o SUS, dado que os usuários de planos de saúde continuam utilizando seus serviços, em especial os de urgência e emergência e os de alto custo e de complexidade tecnológica. Dessa maneira, paradoxalmente, o sistema acaba socializando parte dos custos das operadoras, sem ter garantias de ressarcimento total [16].

Gasto tributário em saúde

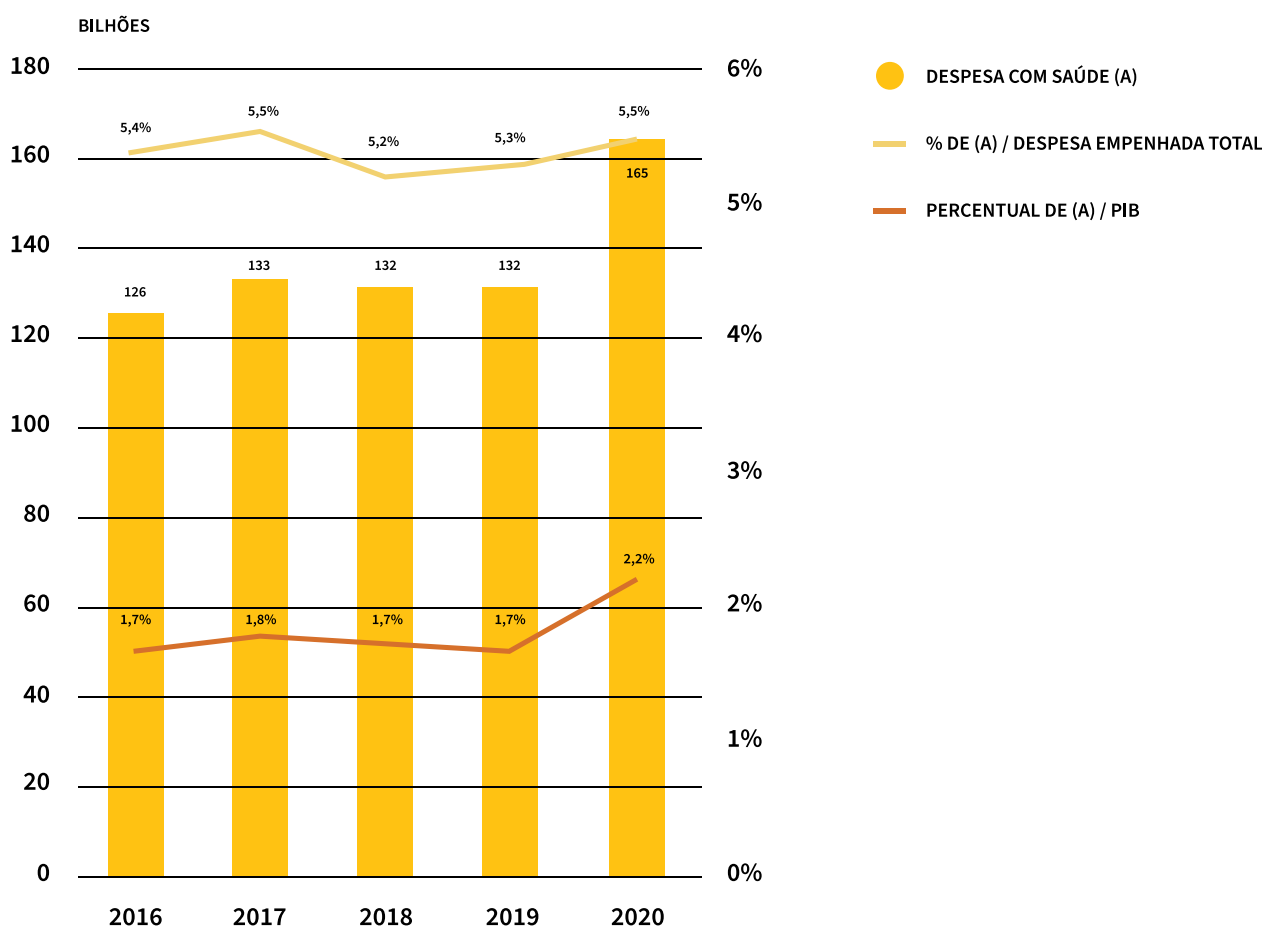
Em 2022, a Receita Federal estimou que, em 2023, 14,6% dos gastos tributários seriam destinados à função saúde. De um total de R\$73,1 bilhões, sendo R\$45,4 bilhões concentrados na região Sudeste, enquanto na região Norte o gasto fica em R\$2,25 bilhões.

FUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA / GASTO TRIBUTÁRIO	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL	TOTAL
Saúde	2.248.990.919	7.600.852.804	9.158.246.487	45.397.636.279	8.769.874.878	73.175.601.367
Água Mineral	5.393.257	101.061.593	10.143.509	138.284.888	55.902.386	310.785.633
Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica e Empregados	219.656.945	839.636.667	841.904.823	9.104.934.183	1.234.316.443	12.240.449.061
Despesas Médicas	1.338.219.187	4.212.774.767	3.048.317.825	12.815.688.413	3.339.423.606	24.754.423.798
Entidades Filantrópicas	51.250.135	1.388.359.824	652.796.307	6.686.507.703	1.588.572.059	10.367.486.029
Entidades sem Fins Lucrativos - Assistência Social e Saúde	231.230.044	654.706.309	2.515.764.040	3.241.674.792	908.156.512	7.551.531.698

Equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial	606.742	5.718.202	1.430.406	13.269.820	2.988.778	24.013.949
Medicamentos	300.777.479	109.052.442	697.016.415	7.075.195.683	422.299.323	8.604.341.341
Produtos Químicos e Farmacêuticos	101.857.130	289.542.999	1.390.873.161	6.322.080.797	1.218.215.771	9.322.569.858

Fonte: Receita Federal. Gastos tributários - Estimativas bases efetivas 2023 por função orçamentária e modalidade de gasto - Regionalizado (Unidade: R\$1,00), 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastos-tributarios-bases-efetivas/dgt-bases-efetivas-2020-serie-2018-a-2023-quadros.xlsx/view>

- No ano de 2020, a União gastou R\$165 bilhões com Saúde, o equivalente a 5,5% do total de despesas empenhadas e 2,2% do PIB. A pandemia de Covid-19 ocasionou uma ampliação de gastos com a Saúde e uma redução do PIB, o que ocasiona um aumento desses gastos em percentual do PIB. O montante mínimo a ser destinado aos gastos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) foi estabelecido em R\$ 121,2 bilhões. No total, foram efetivamente destinados R\$160,9 bilhões, atendendo, portanto, ao chamado "mínimo da Saúde". A progressão do gasto com Saúde pode ser vista no gráfico abaixo: **[18]**



Fonte: TCU. Quanto a União gastou com Saúde?, 2022. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html>

- Já os programas Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) representam deduções do imposto de renda devido, das doações e dos patrocínios efetuados em prol de ações e serviços de reabilitação da pessoa com deficiência e de atenção oncológica, respectivamente. As ações são previamente aprovadas pelo Ministério da Saúde e desenvolvidas pelas instituições habilitadas para o cuidado a esses públicos. É possível deduzir até cem por cento das doações e oitenta por cento dos patrocínios. Limitadas a um por cento do Imposto de Renda (IR) devido, individualmente, sem limite conjunto [17].
- Até 2016, o Pronon tinha disponibilizado R\$1,14 bilhões para dedução fiscal, aprovando efetivamente R\$403,5 milhões. No relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre o Programa, no entanto, foi identificado que: **a) os projetos executados no âmbito do Pronon não estavam alinhados às necessidades da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e o Programa não tinha sido efetivo em desenvolver ações onde há vazios assistenciais, tampouco havia evidências de que os projetos aprovados são voltados a atuar sobre as principais necessidades de saúde no âmbito da assistência oncológica no SUS; b) praticamente não havia iniciativas, por parte do Ministério da Saúde, para acompanhar, monitorar, controlar e avaliar as ações realizadas no âmbito do PRONON; c) não foi possível avaliar o impacto do Pronon em função da ausência de informações acerca dos resultados do Programa; e d) havia necessidade de aprimoramento na divulgação de informações acerca da execução do Programa por parte do Ministério da Saúde [19].**

Imposto de Renda de Pessoa Física – Dedução de despesas médicas

- Os gastos individuais com despesas médicas somaram R\$88,05 bilhões na Declaração referente ao ano fiscal de 2018. Em 2017, o valor foi de R\$79,02 bilhões e, em 2016, R\$70,16 bilhões [20].

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)

- **Na identificação de dados sobre o Proadi, verificou-se um baixíssimo grau de transparência financeira.** Os projetos de apoio são executados por seis hospitais privados de excelência, em uma modalidade onde os valores correspondentes a determinados tributos são renunciados pelo Governo Federal para os hospitais investirem em projetos de desenvolvimento do SUS e de promoção da saúde da população. Até 2022, o Proadi havia investido R\$7,9 bilhões e recursos próprios no SUS, em aproximadamente 750 projetos [22].
- Um relatório do TCU sobre o tema, em 2018, encontrou que: a) o Ministério da Saúde (MS) não avaliava os resultados dos projetos de apoio em relação aos seus objetivos geral e específicos previstos inicialmente. **O único acompanhamento realizado pelo MS ocorria em relação às execuções física e financeira das atividades do projeto, mas não existia uma análise do resultado e dos reais benefícios para o SUS;** b) os setores técnicos do MS não realizavam análise prévia dos valores a serem gastos pelo hospital, em virtude da inexistência de dados que ofereçam parâmetros de custos dos materiais e das atividades existentes nos projetos, por meio de séries históricas de custos praticados ou comparação de valores entre os diferentes hospitais. Alguns projetos não contemplavam pesquisa prévia de mercado para cotação de preços, incorrendo no aumento de custos por ausên-

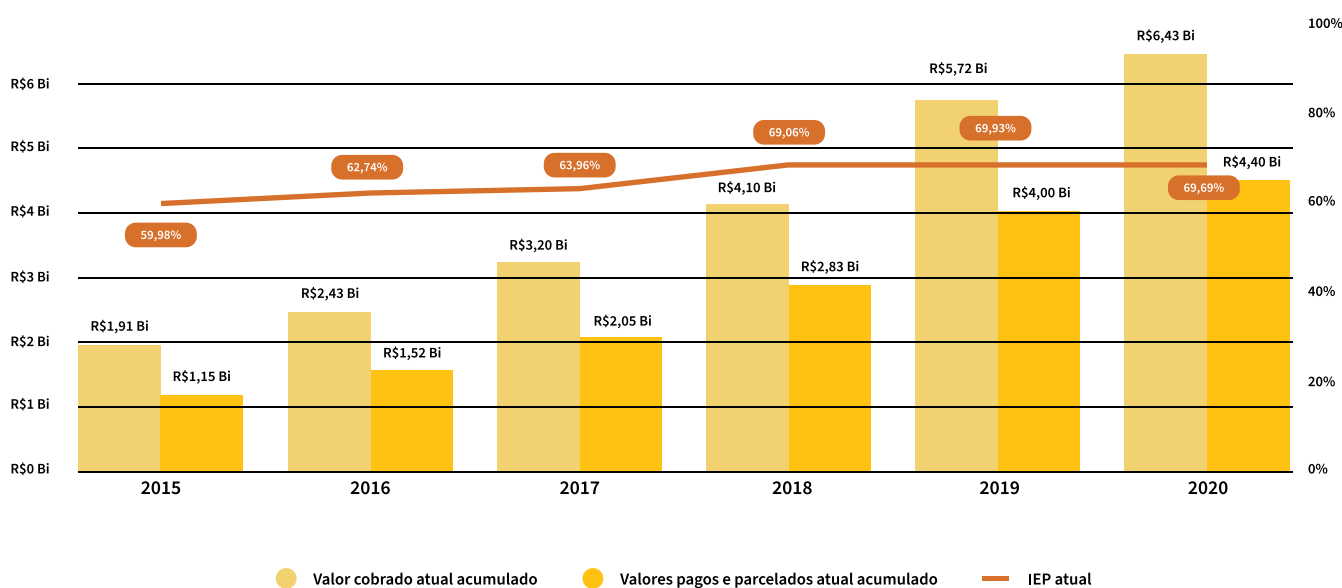
cia de concorrência e direcionamento de fornecedores; c) **não havia padronização para alocação dos custos indiretos dos projetos pelos hospitais**. A ausência de análise e de definição de limites objetivos desses custos torna os projetos ainda mais dispendiosos, impactando a economicidade e efetividade do programa; d) **o Proadi-SUS desenvolvia programas de apoio que não utilizavam a expertise de cada hospital de excelência em sua máxima potencialidade**. Em muitos casos, os hospitais tinham somente o papel de gerenciadores de projetos, atuando como meros repassadores de recursos a terceiros; e) **havia uma ausência de avaliação dos custos dos procedimentos de projetos de apoio assistencial do Proadi, de modo a compará-los com a Tabela SUS**, a fim de evitar a aprovação de projetos cujos procedimentos poderiam ser contratados ordinariamente fora do Proadi por valores inferiores; e f) o valor limite de 30% da renúncia fiscal a ser aplicado na área assistencial deveria ser respeitado, com análise das atividades a serem desenvolvidas conforme o tema do projeto [23].

- **Há um destaque para o papel do relatório do TCU como indutor de mudanças no acompanhamento dos Proadi**, podendo acompanhar as dimensões de monitoramento e avaliação, e de governança partilhada e centralizada entre o Ministério, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), bem como a integração entre as demandas do Ministério da Saúde, os projetos propostos pelos hospitais e órgãos públicos locais na realização dos projetos. O Proadi tem grande potencial de realização de pesquisas clínicas, embora algumas dessas durem mais do que um triênio, então alguma flexibilidade pode ser necessária.
- No triênio 2018-2020, foram previstos R\$2,1 bilhões em isenções fiscais das contribuições sociais para a seguridade social de cinco hospitais de excelência, e os projetos aprovados e em execução totalizaram cerca de R\$1,8 bilhão [24]. Já para o triênio de 2021-2023, os recursos financeiros previstos somam cerca de R\$ 1,7 bilhão [25].

Ressarcimento ao SUS

- Os dados do ressarcimento ao SUS registraram R\$11,6 bilhões entre 2012 e 2019. Desde 2015, o índice de efetivo pagamento esteve em torno de 70%, alcançando mais de 80% em 2019. Em 2020, foi atingido 63,2% de efetivo pagamento no ano, de acordo com a ANS devido à suspensão de prazos administrativos [27]. **A dívida acumulada em 2020 era de R\$6,43 bilhões, sendo R\$4,48 pagos ou parcelados**. Dessa forma, a dívida não paga dos planos de saúde privados com o SUS soma hoje aproximadamente 2 bilhões.

IEP Valores Acumulados



Fonte: ANS. Painel Financeiro de Ressarcimento ao SUS, 2021 - Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiNDM5YmJmYTYtYQx-YS00YmYxLWl0MWItNTcyN2NlMjlyNjJkIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection25e55b57a7951b66ec03>

Recomendações - Subsídios à saúde suplementar

Outras evidências científicas:

- **Semelhante à área de educação, é possível, tecnicamente, estabelecer um teto ou planejar a eliminação/redução do gasto tributário em saúde.** Com base nas experiências internacionais, a focalização poderia, de igual modo, ser medida introdutória de fácil aplicação: seja em relação à faixa etária, ao nível de renda, aos itens de gastos (médicos, hospitais ou planos de saúde), ou, ainda, às próprias condições de saúde. Para colher mais benefícios, tais recursos deveriam ser aplicados na atenção primária (Programa Saúde da Família – PSF, promoção e prevenção à saúde etc.) e na média complexidade (unidades de pronto atendimento, prática clínica com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoios diagnóstico e terapêutico etc.) do SUS [16].

Planos de saúde populares/acessíveis

No que tange à agenda legislativa das operadoras de planos de saúde privados, os últimos anos registraram o Projeto de Lei nº 7.419/2006, juntamente com os seus apensos, que propõe modificação da Lei Federal 9.656/98 e aspectos relevantes do sistema de assistência suplementar à saúde no Brasil [35]. **Dentre as propostas, estão: os planos “populares” e a diminuição da cobertura dos custos da saúde privada e da rede de prestadores; os reajustes com base na faixa etária e a redução das sanções pecuniárias em face das infrações cometidas pelas operadoras do setor; e a atualização da Lei dos Planos de Saúde, destacando-se a oferta obrigatória de planos de saúde individuais, a**

portabilidade sem carências e o custeio de despesas com os acompanhantes dos pacientes [35].

- Ligia Bahia ressalta que, a partir do Projeto de Lei (PL), os planos poderão **ofertar somente procedimentos mais baratos e disponíveis em determinada localidade e também acabaria a obrigatoriedade de atendimento de urgência e emergência para os planos ambulatoriais**. Propõe, ainda, reduzir o valor que as operadoras, por lei, devem restituir ao SUS quando seus clientes são atendidos na rede pública [36].
- A análise do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) acerca do **Plano de Saúde Acessível** indica que o projeto propõe que sejam criadas três modalidades de plano de saúde: i) Plano Simplificado; ii) Plano Ambulatorial + Hospitalar; e iii) Plano em Regime Misto de Pagamento. Propõe também um arcabouço regulatório diferente para permitir a cobrança de prêmios de seguro menores e aumentar a cobertura populacional por planos privados de saúde, indicando que os gastos do governo com o SUS seriam aliviados através da maior cobertura populacional pela Saúde Suplementar. **No entanto, o arcabouço regulatório proposto cria tantas alternativas para imposição de barreiras ao acesso que poderia ocorrer apenas uma transferência de riscos e custos para o segurado (beneficiários de planos de saúde) e para o SUS [28].**
- **A obrigatoriedade de acesso inicial pela atenção primária deve aumentar a demanda por serviços de atenção básica do SUS, onde estão mais bem organizados. Outras barreiras são a obrigatoriedade de segunda opinião e a elevada coparticipação.** Essas barreiras podem resultar em aumento de conflitos judiciais entre operadoras e segurados [28].
- **A proposta parece ter sido muito mais motivada pela perda de mercado das seguradoras diante do desemprego e da queda de renda.** Os planos acessíveis extremamente vantajosos para as operadoras criam o risco de que as mesmas deixem de comercializar as modalidades existentes, como acontece com os planos individuais que são mais favoráveis ao segurado e não são mais comercializados pelas grandes operadoras, ou aumentem o valor de venda desses produtos para preços impraticáveis [28].
- **A proposta de adoção de planos de saúde acessíveis pode ser uma aposta arriscada e incerta, ao passo que pode piorar a situação de saúde dos pacientes e a situação financeira do SUS.** A oferta de serviço limitada e a coparticipação/o copagamento tendem a colocar a responsabilidade sobre a saúde no indivíduo, inclusive de realizar escolhas em saúde limitadas por sua condição financeira. Os custos também poderiam não diminuir porque o mercado de planos de saúde e prestadores de serviço podem pedir tratamentos e exames que aumentam a receita das operadoras e aumentam o gasto dos pacientes.

Regulação da saúde privada

A dupla regulação da saúde, onde público e privado respondem a critérios completamente distintos, é vista como um grande risco à saúde pública. Na saúde suplementar, a regulação é caracterizada por ter um foco excessivo nas operadoras, sem acompanhar os resultados dos serviços.

- A regulação que tem sido feita no Brasil sobre as relações entre os seguros privados e o SUS, muitas vezes, é focada no segmento suplementar e não sobre todo o mix público-privado [10]. Há argumentos de que a intensa regulação pode vir a tornar o mercado de planos de saúde não atrativo (para as

operadoras, consumidores e para a população SUS-dependente) [37]; também há demandas de que sejam centralizados o grau de solidariedade da proteção social e o interesse público [10].

- Desde a implantação da regulação, além de atuar nas questões econômico-financeiras das operadoras, a regulação também é fortemente extensiva às questões relativas à integralidade e a cobertura dos serviços, e há tendência em aumentar este objetivo da regulação, na direção de ampliar a cobertura de serviços para os segurados. Esta atuação do Estado brasileiro sobre o segmento de seguro privado é de expansão da população com cobertura duplicada e dos serviços que são duplicados e tem, portanto, se dado na contramão do que é proposto pelos trabalhos realizados com países europeus e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) [10].
- A ANS aprovou uma nova metodologia de cálculo do reajuste dos planos de saúde individual e familiar em 19 de dezembro de 2018. A regulação dos preços foi justificada devido às falhas de mercado presentes nesse setor, tais como demanda induzida, risco moral e externalidades. No entanto, a agência reguladora não fez aparentemente uma avaliação de impacto dessa nova regra – por exemplo – a partir dos dados de desempenho das operadoras observados no passado. Ou seja, houve mudança na metodologia de cálculo, mas, ao que parece, após aplicada, não foram monitorados pela agência reguladora os impactos [39].

Experiências internacionais

- Na Alemanha, o processo de tomada de decisão é compartilhado entre organizações corporativas com funções públicas, o governo federal e os 16 estados. A regulação setorial é tradicionalmente de tipo mesocorporativo, segundo o qual o Estado delega a regulação de determinado setor da sociedade aos atores imediatamente envolvidos. Por legislação federal, são definidas as condições estruturais, enquanto as competências para sua materialização são delegadas aos atores corporativos, entidades representativas das Caixas do Seguro Social de Doença e de prestadores com destaque para as Associações de Médicos Credenciados das Caixas (KVen) e a Comissão Federal Conjunta de Caixas, Médicos e Hospitais (G-BA) [38].
- Já, na Inglaterra, tradicionalmente, a regulação do NHS esteve a cargo do *Department of Health* que, além de financiar, regulava alocação de recursos e prestação. A partir da constituição do mercado interno, nos anos 1990, uma série de agências independentes com funções específicas na regulação foram criadas e sucessivamente reestruturadas, com destaque para o *National Institute for Health and Care Excellence (Nice)*, *Monitor* e *Health Quality Commission (CQC)* [38].
- A regulação do sistema de saúde espanhol ocorre especialmente por meio de legislação nacional e estadual, e por órgãos estatais: Ministério da Saúde, o Conselho Interterritorial do SNS, as *Consejerías de Salud e Servicios de Salud* das 17 CCAA (estados). O Estado (União) por meio do Ministério da Saúde tem por competências estabelecer normas básicas e requisitos para o funcionamento e a coordenação do SNS e garantir equidade. Os 17 Sistemas Regionais de Saúde organizados por CCAA, são autônomos e respondem aos seus parlamentos locais [38].

Recomendações - Regulação da saúde suplementar

Revisões sistemáticas:

- **A regulação pública de serviços de saúde privados e com fins lucrativos em países periféricos ou em desenvolvimento apresenta efeitos significativos na qualidade do atendimento farmacêutico, com melhora no acolhimento e fornecimento de informações.** Há evidências moderadas de que treinamento oferecido pelo governo para trabalhadoras de farmácias resulta em aumento da venda e provisão de fármacos de importância epidemiológica como soro fisiológico e de tratamento para malária. Há evidências fracas de efeito na melhoria da composição química dos fármacos comercializados [40].
- **Ainda são necessárias mais evidências sobre os efeitos dos diferentes tipos de regulação governamental (licenciamento, monitoramento, auditoria, inteligência) de planos de saúde com fins lucrativos em indicadores de uso dos serviços, custo-efetividade, qualidade do cuidado, e desfechos de saúde [41].**
- **Também são necessárias mais pesquisas sobre a inspeção externa de conformidade às normas regulatórias (compliance) por meio de inspeção e avaliação a partir de parâmetros baseados em evidências para concluir sobre seus efeitos na adequação a normas, comportamento organizacional, comportamento profissional, qualidade do cuidado e desfechos de saúde [42].**

Outras evidências científicas:

- Recomenda-se que o setor público assuma o protagonismo que lhe é devido na regulação dos prestadores privados, fortalecendo a regulação clínica e assistencial e implantando serviços de auditorias regionais [12].
- **Sugere-se a reorientação do esforço que vem sendo feito pela ANS para a cobrança do ressarcimento, em direção ao uso das informações epidemiológicas e sobre o uso de serviços do SUS por pacientes com cobertura duplicada, de modo que subsidiem a regulação do SUS, com vistas a regular a dupla porta de entrada nos estabelecimentos [10].**

Recomendações gerais

Revisões sistemáticas:

- **Comparando os efeitos da provisão em saúde por sistemas públicos estatais, privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos, uma revisão sistemática de qualidade indefinida identificou que sistemas de saúde privados com fins lucrativos apresentam taxas maiores de mortalidade e também recebem maiores aportes financeiros que outros tipos de sistema.** Não foi encontrada diferença entre os sistemas para outros desfechos de saúde. Ainda não há evidências

suficientes para fazer comparações em termos de custo-efetividade e qualidade do cuidado nos diferentes sistemas [43].

- **Uma revisão sistemática de qualidade indefinida identificou que reformas do sistema de saúde orientadas para a mercantilização da saúde impactam negativamente a equidade em saúde e apresentam evidências inconclusivas sobre seus efeitos na alocação de recursos [44].**

Metodologia

Este documento foi elaborado na etapa de levantamento de evidências para elaboração da [Agenda Mais SUS](#). As buscas foram realizadas por meio de revisão rápida em repositórios científicos e de literatura cinzenta (relatórios de organismos internacionais, governos e organizações da sociedade civil) entre julho e agosto de 2021. Dados-chave foram atualizados em maio de 2023. Em cada um desses repositórios, foram realizadas: a) exploração e pré-seleção; b) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autoria, ano de publicação, link e principais achados); e c) consolidação de bullet points sobre o tema. Após o primeiro esboço, foram incluídos documentos sugeridos pela equipe revisora.

Organizações

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Idealização e Revisão) - Miguel Lago, Rudi Rocha, Arthur Aguillar, Agatha Eleone, Dayana Rosa, Helena Ciorra, Jéssica Remédios, Maria Cristina Franceschini, Maria Letícia Machado, Renato Tasca e Rebeca Freitas (Coordenadora-Geral do Projeto).

Umane (Idealização e Revisão) - Thaís Junqueira e Evelyn Santos.

Instituto Veredas (Busca e síntese de evidências) - Laura Boeira, Carolina Beidacki, Renata Penalva, Bruno Graebin e Victória Menin.

Normatização, Comunicação e Design

Danilo Castro - Instituto Veredas; Helena Rocha - Diagramação; Natasha Mastrangelo - IEPS

Sugestão de citação

IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Integração Público-privada. Rio de Janeiro: IEPS, 2023.

Conheça a Agenda Mais SUS: www.agendamaisus.org.br

Referências

- [1] Mendes. Desafios do SUS, 2019 - Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/conass/resource/pt/biblio-1104190>
- [2] Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Pesquisa Quantitativa – Beneficiários e Não beneficiários, 2021 - Disponível em: <https://www.iess.org.br/taxonomy/term/1386>
- [3] CFM. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde, 2014 - Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>
- [4] Pérez-Cuevas et al. Understanding public perception of the need for major change in Latin American healthcare systems, 2018 - Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/32/6/816/3074006>
- [5] Meneses et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados, 2017 - Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/2013-2024/pt>
- [6] Macinko. Impacto da APS na redução das desigualdades em saúde e na melhora dos indicadores de saúde no Brasil e no mundo, 2018 - Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/04/Mesa-1-James-Macinko.pdf>
- [7] Barros; Silva; Santos. O seminário internacional do CONASS: o futuro dos sistemas universais de saúde, 2018 - Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/conass/resource/pt/biblio-987956>
- [8] Landim. Redes de atenção à saúde no contexto da regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no Estado da Bahia, 2018 - Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/conass/resource/pt/biblio-1140435>
- [9] Agência IBGE. IBGE: despesas com saúde chegaram a R\$ 711,4 bilhões em 2019, 2022 - Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2022-04/ibge-despesas-com-saude-chegaram-r-7114-bilhoes-em-2019>
- [10] Santos; dos Santos; Borges. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS, 2013 - Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>
- [11] Serapioni; Tesser. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável, 2019 - Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/44-57/pt>
- [12] Silva et al. A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios, 2020 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Qj9kTVx3N9cCCDw7pSdqN5q/?lang=pt>
- [13] ANS. Planos de saúde realizaram 1,3 bilhão de procedimentos em 2020, 2021 - Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-realizaram-1-3-bilhao-de-procedimentos-em-2020>
- [14] Tesser; Serrapioni. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LwSt5tVhNRntcw45gsgtx9L/?lang=pt>
- [15] Ocké-Reis. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde, 2018 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/?format=pdf&lang=pt>
- [16] Ocké-Reis. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar?, 2014 - Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3586/3/Renuncia.pdf>
- [17] RBF. Demonstrativo dos Gastos Tributários - PLOA 2019. Disponível em: <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/dgt-ploa-2019.pdf>
- [18] TCU. Quanto a União gastou com Saúde?, 2022. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html>
- [19] TCU. Relatório nº: 201701280, 2017.
- [20] RBF. Grandes Números das Declarações do Imposto de Renda das Pessoas Físicas - Disponível em: <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/grandes-numeros-dirpf-cap>

- [21] Ocké-Reis. Qual é a magnitude do gasto tributário em saúde?, 2014 – Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5915>
- [22] O que é o PROADI-SUS - Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/sobre-o-programa>
- [23] TCU. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, 2018 – Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/programa-de-apoio-ao-desenvolvimento-institucional-do-sistema-unico-de-saude.htm>
- [24] BVS. Economia da Saúde. Oficina avalia projetos em execução a partir de 2018 no âmbito do PROADI-SUS, 2018 – Disponível em: <https://economia.saude.bvs.br/2019/12/10/oficina-avalia-projetos-em-execucao-a-partir-de-2018-no-ambito-do-proadi-sus/>
- [25] DOU. Diário Oficial da União. Seção 3 - Contratos, Editais e Avisos, Página 103. 03 de Novembro de 2020 – Disponível em: https://www.alertadiario.com.br/publication_pages/2739e-diario-oficial-da-uniao-secao-3-contratos-editais-e-avisos-2020-11-03-pg-103
- [26] Idec. Entenda a recomposição dos planos de saúde anunciada pela ANS, 2020 - Disponível em: <https://idec.org.br/dicas-e-direitos/entenda-recomposicao-dos-planos-de-saude-anunciada-pela-ans>
- [27] ANS. Boletim Informativo Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, 2021 - Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/integracao-com-SUS/ans-divulga-novo-boletim-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_Ressarcimento_11_edicao.pdf
- [28] de Sá. Nota Técnica nº 47 - O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível (IPEA), 2018 – Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/180201_nt_47_disoc.pdf
- [29] Folha de São Paulo. 13% dos serviços públicos de saúde já são terceirizados, e 73% deles estão sob gestão privada, 2020 – Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/10/brasil-ja-tem-73-dos-servicos-publicos-de-saude-sob-gestao-privada.shtml#erramos>
- [30] Brasil. Planos de saúde: autorização para teste de Covid-19 deve ser imediata, 2021 - Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/planos-de-saude-autorizacao-para-teste-de-covid-19-deve-ser-imediata>
- [31] Idec. ANS, chega de aumento no plano de saúde!, 2021 - Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/ans-chega-de-aumento-no-plano-de-saude>
- [32] Wiysonge et al. Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews, 2017 – Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28891235/>
- [33] Odendaal et al. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries, 2018 – Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29611869/>
- [34] Silva; Carvalho; Domingos. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte, 2018 – Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-974681?src=similardocs>
- [35] Silva. O Projeto de Lei 7.419/2006, a reestruturação da assistência suplementar à saúde no Brasil e a necessária atuação do sistema nacional de proteção e defesa do consumidor (SNDIC), 2018 – Disponível: <https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/view/653>
- [36] Medicina S/A. Lígia Bahia analisa lobby das empresas de planos de saúde, 2018 – Disponível em: <https://medicinasa.com.br/ligia-bahia-analisa-lobby-das-empresas-de-planos-de-saude/>
- [37] Coutinho; Cidrão. A regulação da saúde suplementar no Brasil: perspectivas e ameaças, 2018 – Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5642>
- [38] Giovanella; Stegmüller. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha, 2014 – Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30n11/2263-2281/pt>
- [39] Fiuzza; Marinho; Ocké-Reis. Nota Técnica nº 90 A NOVA METODOLOGIA DE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE MEDIRÁ OS CUSTOS, OS PREÇOS E A EFICIÊNCIA DAS OPERADORAS? (IPEA), 2020 – Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/201007_nt_disoc_n_90.pdf

[40] Wiysonge et al. Public stewardship of private for-profit healthcare providers in low- and middle-income countries, 2016 – Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27510030/>

[41] Motaze et al. Government regulation of private health insurance, 2021 – Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33617665/>

[42] Flodgren et al. Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes, 2011 – Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22071861/>

[43] Herrera et al. Does ownership matter? An overview of systematic reviews of the performance of private for-profit, private not-for-profit and public healthcare providers, 2014 – Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4249790/>

[44] Bambra; Garthwaite; Hunter. All things being equal: Does it matter for equity how you organize and pay for health care? A review of the international evidence, 2014 – Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25618985/>