

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



José Luiz de Araújo Júnior

## **Dilemas da Expansão de Seguros Privados no Brasil**

Rio de Janeiro

2019

José Luiz de Araújo Júnior

## **Dilemas da Expansão de Seguros Privados no Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: José Mendes Ribeiro

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

A663d      Araújo Júnior, José Luiz de.  
Dilemas da expansão de seguros privados no Brasil / José Luiz de  
Araújo Júnior. -- 2019.

128 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientador: José Mendes Ribeiro.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde Suplementar. 3. Cobertura de  
Serviços Privados de Saúde - tendências. 4. Entrevistas como Assunto.  
5. Expansão. 6. Informalidade. I. Título.

José Luiz de Araújo Júnior

**Dilemas da Expansão de Seguros Privados no Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 12 de agosto de 2019

Banca Examinadora

Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobo

UFF

Dra. Vera Lúcia Luíza

ENSP/Fiocruz

Dr. José Mendes Ribeiro (Orientador)

ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2019

Aos meus pais, à minha companheira e à  
minha pequena filha por todo amor que me  
é ofertado.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Mestre com carinho. José Mendes Ribeiro, por toda a sua paciência e compreensão nos momentos de dúvida.

À Professora Vera Lúcia Luíza, pela sua constante demonstração de foco nos objetivos. Ajudou-me a recuperar o que há muito havia abandonado.

À Professora Lenaura de Vasconcelos Costa Lobo, por sua pronta resposta ao chamado para compor a Banca Examinadora, além dos preciosos conselhos durante a Qualificação do Projeto.

*Todos somos parte da criação, todos reis,  
todos poetas, todos músicos; precisamos  
apenas nos abrir, para descobrir o que já  
estava lá.*

**HENRY MILLER**

## RESUMO

Os conflitos e a disputa por espaço entre o mercado de saúde suplementar e o sistema único de saúde sempre estiveram presentes na dinâmica da saúde brasileira. O presente trabalho de dissertação busca investigar e analisar a relação público-privada no período que envolve o primeiro governo Dilma Rousseff e os dias atuais, notadamente no que tange à proposição de um plano de saúde popular/acessível, pois este sintetiza o esforço do mercado de saúde privada em formalizar uma situação que já ocorre através de outras iniciativas informais. Sendo este um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, empregaram-se as seguintes estratégias para a obtenção de dados: fontes primárias (entrevista com quatro atores que possuem larga experiência no campo da saúde pública e/ou suplementar) e fontes secundárias (pesquisa em bases administrativas e pesquisa em artigos de opinião em mídia impressa). O trabalho está estruturado em cinco capítulos, os quais tratarão, respectivamente, da caracterização do mercado de planos de saúde privados no país, da indução aos planos de saúde populares, dos métodos utilizados nesta produção, dos resultados e análise encontrados e das considerações finais sobre o tema. A proposta de um plano de saúde popular ou acessível, como viria a ser chamado, surgiu em 2016 através do ex-Ministro da Saúde Ricardo Barros. Houve, de imediato, forte reação contrária por parte de setores organizados da sociedade e, apesar da insistência do ministro, a proposta não prosperou. Entretanto, como apresentaremos nas linhas seguintes, esta não é a primeira vez que tal proposição vem à tona. E provavelmente não será a última, como também constataremos.

Palavras-chave: SUS; saúde suplementar; expansão; informalidade; planos acessíveis.

## **ABSTRACT**

The conflicts and the dispute for space between the supplementary health market and the public health system have always been present in the Brazilian health dynamics. The present dissertation seeks to investigate and analyze the public-private relationship in the period that involves the first Dilma Rousseff government and the present day, especially regarding the proposition of a popular/accessible health plan, because it synthesizes the effort of the private health market in formalizing a situation that already occurs through other informal initiatives. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, where the following strategies were used to obtain data: primary source (interview with four players with extensive experience in the field of public and/or supplementary health) and secondary sources (research in administrative bases and research in opinion articles in print media). The work is structured in five chapters, which will deal respectively with the characterization of the private health insurance market in the country, the induction to the popular health plans, the methods used in this production, the results and analysis found and the final considerations on the theme. The proposal for a popular or affordable health plan, as it came to be called, came in 2016 through former Health Minister Ricardo Barros. There was immediate strong reaction from organized sectors of society and, despite the minister's insistence, the proposal did not prosper. However, as we will show in the following lines, this is not the first time that such a proposition has surfaced. And it will not be the last, as we will also realize.

**Keywords:** SUS; supplementary health; expansion; informality; accessible plans.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto à época de contratação do plano entre dezembro de 2000 e dezembro de 2017.....	8
Tabela 2 –	Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto ao tipo de contratação.....	11
Tabela 3 –	Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto ao tipo de contratação do plano entre dezembro de 2000 e dezembro de 2017.....	12
Tabela 4 –	Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto à modalidade.....	16
Tabela 5 –	Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto à segmentação.....	18
Tabela 6 –	Distribuição de beneficiários de planos de saúde por Grande Região, População Estimada e Proporção de Beneficiários por Grande Região/População Estimada.....	19
Tabela 7 -	Distribuição de beneficiários de planos de saúde por Unidade da Federação, Capitais, População Estimada nas Unidades da Federação, Proporção de Beneficiários nas Capitais/Beneficiários nas Unidades da federação e Nº de Beneficiários nas Unidades da Federação/População Estimada.....	22

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do número de beneficiários de planos privados de saúde quanto ao tipo de contratação entre dezembro de 2000 e dezembro de 2017.....	13
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Posicionamento da ANS acerca das propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde.....	29
Quadro 2 –	Pesquisa em artigos de opinião em mídia impressa – Grupos de opinião.....	49
Quadro 3 –	Entrevistas – bloco temático Macro Regulação e Relações Sistêmicas (conflitos entre os sistemas).....	54
Quadro 4 –	Entrevistas – bloco temático Macro Regulação e Relações Sistêmicas (convergência entre os sistemas).....	55
Quadro 5 –	Entrevistas – bloco temático Macro Regulação e Relações Sistêmicas (regulação).....	56
Quadro 6 –	Entrevistas – bloco temático Macro Regulação e Relações Sistêmicas (análise de cenários).....	57
Quadro 7 –	Entrevistas – bloco temático Consumidores (vulnerabilidade).....	59
Quadro 8 –	Entrevistas – bloco temático Flexibilização de Serviços (redução de serviços)..	60
Quadro 9 –	Entrevistas – bloco temático Flexibilização de Serviços (incentivos à expansão de planos privados de saúde).....	61
Quadro 10 –	Entrevistas – bloco temático Flexibilização de Serviços (planos acessíveis).....	63
Quadro 11 –	Entrevistas – bloco temático Flexibilização de Serviços (obstáculos e facilitadores).....	64
Quadro 12 –	Entrevistas – bloco temático Atuação (resolução de conflitos).....	65
Quadro 13 -	Entrevistas – bloco temático Considerações (comentários finais).....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABRAMGE</b>	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>ADI</b>	Ação Direta de Inconstitucionalidade
<b>ANAB</b>	Associação Nacional das Administradoras de Benefícios
<b>ANAHP</b>	Associação Nacional de Hospitais Privados
<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde Suplementar
<b>CAMSS</b>	Câmara de Saúde Suplementar
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CDC</b>	Código de Defesa do Consumidor
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CID 10</b>	Código Internacional de Doenças
<b>CMB</b>	Confederação das Santas Casas de Misericórdia
<b>CNAS</b>	Conselho Nacional de Assistência Social
<b>CNSEG</b>	Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>DICOL</b>	Diretoria Colegiada da ANS
<b>DUT</b>	Diretriz de Utilização
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
<b>FBH</b>	Federação Brasileira de Hospitais
<b>FEBRAPLAN</b>	Federação Brasileira de Planos de Saúde
<b>FENASAÚDE</b>	Federação Nacional de Saúde Suplementar
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz

<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDEC</b>	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
<b>IESS</b>	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>ITA</b>	Instituto Tecnológico da Aeronáutica
<b>MP</b>	Medida Provisória
<b>MPF</b>	Ministério Público Federal
<b>MPRJ</b>	Ministério Público do Rio de Janeiro
<b>MS</b>	Ministério da Saúde do Brasil
<b>NUDECON</b>	Núcleo de Defesa do Consumidor
<b>OAB</b>	Ordem dos Advogados do Brasil
<b>OS</b>	Organização Social
<b>PEC</b>	Proposta de Emenda Constitucional
<b>PL</b>	Projeto de Lei
<b>PROTESTE</b>	Associação Brasileira de Defesa do Consumidor
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RN</b>	Resolução Normativa
<b>SENACON</b>	Secretaria Nacional do Consumidor
<b>SIB</b>	Sistema de Informações de Beneficiários
<b>STJ</b>	Superior Tribunal de Justiça
<b>SUS</b>	Sistema único de Saúde
<b>UFRJ</b>	Universidade Federal do Rio de Janeiro
<b>UNIDAS</b>	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO 1 – CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO BRASIL.....</b>	<b>4</b>
2.1	BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	4
2.2	BREVE HISTÓRICO DA ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.....	5
2.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE O MOMENTO ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	10
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 2 – INICIATIVAS DE INDUÇÃO AOS PLANOS POPULARES DE SAÚDE E CONTROVÉRSIAS SOBRE A EXPANSÃO DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
4.1	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
4.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	37
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E ANÁLISE.....</b>	<b>38</b>
5.1	PESQUISA EM BASES ADMINISTRATIVAS.....	38
5.2	PESQUISA EM ARTIGOS DE OPINIÃO EM MÍDIA IMPRESSA.....	39
5.3	ENTREVISTAS.....	51
<b>6</b>	<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO III</b>	<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>74</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>112</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Tendo a psicologia como formação primária, além de uma especialização lato sensu em Saúde Pública, identifiquei a necessidade de aprofundar meus conhecimentos no campo da Saúde Coletiva através do presente curso de mestrado, o qual, conforme Portaria nº 206 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete, de 4 de setembro de 2018, está sendo possível graças ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – com código de financiamento 001, PROEX 0487.

O interesse pelo campo da Saúde Pública surgiu ainda durante o curso de graduação em Psicologia, realizado entre os anos de 2009 e 2013, mais especificamente durante as aulas de Psicologia da Saúde ministradas pelo professor Raul Luiz de Souza Cavalcanti. Já naquele momento despertou-se em mim o interesse pelo sistema híbrido de saúde brasileiro, o que me levou, em seguida, a matricular-me no curso de pós-graduação lato sensu em Saúde Pública do Centro Universitário Celso Lisboa (2014-2016), o mesmo em que cursei a licenciatura e o bacharelado em Psicologia. Terminados meus estudos neste último curso de especialização, senti-me ainda inseguro e carente de um conhecimento mais profundo no campo da Saúde Coletiva. Tomei, então, conhecimento da pós-graduação stricto sensu da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz, na qual prestei o regular processo seletivo, sendo entrevistado e aceito como aluno na área de concentração Políticas Públicas e Saúde, tendo como orientador o professor José Mendes Ribeiro. Não poderia deixar de citar o quanto me sinto grato pela confiança depositada em mim e no projeto escolhido, sendo este a recente proposta – à época da matrícula – dos chamados planos de saúde populares.

A dinâmica do mercado de saúde brasileiro e a possibilidade de expansão do mercado privado de saúde são temas cada vez mais relevantes, já que nos últimos quatro anos as operadoras de planos de saúde perderam cerca de 6,2% de seus usuários<sup>1</sup>. Além disso, notadamente a partir da última eleição presidencial, revela-se um sentimento entre os entrevistados neste estudo, de que o cenário político atual é propício a estratégias de expansão do mercado de planos privados de saúde no Brasil.

Em nosso entendimento, e investigando os dados analisados neste trabalho, não é viável discutir um sistema universal de saúde genuína e unicamente público, visto que o mercado de saúde suplementar está de tal maneira entranhado na vida da população brasileira que não mais

---

<sup>1</sup> Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/12/operadoras-de-planos-de-saude-estudam-novos-modelos-de-remuneracao.shtml>> Acesso em 06 de mai. de 2019.

existe a possibilidade de dissociá-lo da esfera pública. Partindo deste pressuposto, decidimos analisar as estratégias público-privadas de expansão de acesso à saúde através de planos privados de saúde no Brasil. Além disto, este estudo visa contribuir com o campo da Saúde Coletiva na busca da compreensão das condições políticas, econômicas e sociais que levaram à proposição por parte do ex-Ministro da Saúde Ricardo Barros de um plano de saúde acessível, sendo esta uma das demonstrações recentes de que há em curso evidentes estratégias de expansão do mercado de planos de saúde privados. Examinaremos, inclusive, outras propostas, atuais ou não, de incentivo ao pleno funcionamento do mercado de planos de saúde no Brasil.

Em um país que possui 38,15% de seus trabalhadores<sup>2</sup> sob o crescente manto da informalidade, é curioso observar a situação análoga de seu sistema de saúde, o qual abriga uma série de iniciativas privadas – formais e informais – de expansão, tais como clínicas populares, cartões de desconto e outros.

Em um contexto de disputa por espaços entre o sistema público e o sistema privado, este último está a todo o tempo elaborando e propondo estratégias de expansão, sendo algumas destas informais. Cabe observar que houve tentativas de “formalizar esta informalidade” no que tange aos planos de saúde acessíveis, como veremos adiante. É característica notória desta modalidade de plano oferecer um prêmio reduzido, acompanhado de oferta de serviços e garantias na mesma medida.

Concentraremos nossos esforços na análise da proposta de planos de saúde acessíveis inserida em um espectro mais amplo do mercado de saúde privada informalizado. Devido à sua longa permanência em debate no campo da Saúde Pública e por todo o esforço que foi realizado pelo Governo para a sua aprovação, compreende-se que esta proposta sintetiza um importante movimento do mercado em busca de expansão formalizada. Esta proposta não prosperou, porém todo o processo serviu para chamar a atenção à movimentação que ocorre nos bastidores das políticas públicas de saúde. Apesar de controversa e de enfrentar forte resistência em diversos setores da Saúde Coletiva, compreendemos que é possível discutir a possibilidade de convivência entre o público e o privado, pois, com a aprovação da EC 55<sup>3</sup> em dezembro de 2016, o financiamento público a programas sociais tornou-se limitado pelos próximos vinte anos, o que significa uma impossibilidade de incremento do investimento público na área de saúde, dentre outras áreas.

---

<sup>2</sup> Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-07/cresce-trabalho-com-carteira-assinada-no-2o-trimestre-aponta-ibge>> Acesso em 31 de jul. de 2019.

<sup>3</sup> Disponível em <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>> Acesso em 25 de agosto de 2018.



Assim sendo, definimos como nosso objetivo geral a análise de estratégias público-privadas de expansão de acesso à saúde através dos planos privados de saúde no Brasil, notadamente os chamados planos populares. Já como objetivos específicos, buscar-se-á descrever e analisar o mercado de planos privados de saúde, investigar possíveis incentivos governamentais e analisar os efeitos combinados entre a expansão do SUS e dos planos privados de saúde.

Cabe então um primeiro questionamento: seria a expansão regulada<sup>4</sup>, porém menos regulamentada, do mercado de saúde suplementar uma opção viável para um maior acesso da população brasileira ao sistema de saúde? Apresentada esta primeira e central questão, discutiremos cenários possíveis sob a perspectiva de menor regulamentação, principalmente no que tange ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Iniciando esta jornada, delineamos este trabalho em cinco capítulos, além desta introdução:

No primeiro capítulo, apresentaremos as principais características do mercado de saúde suplementar e, para isto, teceremos um breve histórico da saúde suplementar de suas origens até os dias de hoje, compreenderemos a formação da Agência Nacional de Saúde – ANS e analisaremos o momento atual da saúde suplementar no país.

No segundo capítulo, discutiremos as principais iniciativas de indução à expansão de planos privados de saúde no Brasil com foco nos planos de saúde populares – formais e informais. Buscaremos, então, demonstrar que a informalidade é um problema social, enquanto as falhas regulatórias são um problema político. Apresentaremos, ainda, algumas controvérsias e conflitos que permeiam a relação público-privada.

No terceiro capítulo, descreveremos os procedimentos metodológicos que foram utilizados para alcançar os resultados que serão discutidos no capítulo seguinte: pesquisa em bases administrativas, pesquisa em artigos de opinião em mídia impressa e entrevistas com importantes atores do setor Saúde.

No quarto capítulo, apresentaremos os resultados e análise concebidos até aquele momento.

No quinto capítulo, encerraremos este trabalho com as considerações finais sobre o tema.

---

<sup>4</sup> De acordo com Montone (2003), considera-se o termo regulação como sendo toda forma de intervenção do Estado na economia. Já o termo regulamentação se refere ao conjunto de preceitos (normas e resoluções) que complementam ou explicitam uma lei, facilitando sua execução ou cumprimento.

## **2 CAPÍTULO 1 – CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO BRASIL**

### **2.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

Com a publicação da Lei nº 9.656 em 3 de junho de 1998, que tinha como principal objetivo regulamentar o mercado de planos privados de saúde no país, uma nova era na maneira de lidar com a saúde suplementar teve início. Buscaremos descrever os passos que levaram à criação desta lei e, conseqüentemente, da Agência Nacional de Saúde, que seria responsável por seu cumprimento.

O mercado de planos de saúde no Brasil tem uma tradição que remonta à publicação da Lei Eloy Chaves<sup>5</sup> em 1923 (Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923), a qual instituiu a Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados das empresas de estradas de ferro. Após a promulgação desta lei, diversas empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados pela Previdência Social. Similares ao modelo atual de autogestão<sup>6</sup>, estas caixas de aposentarias e pensões atuavam como fundos mantidos por empregados e patrões que tinham como principal objetivo garantirem pensões e aposentadorias. Além disso, ofereciam e financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes.

O setor de saúde suplementar, desde a sua fundação, representa uma significativa atividade econômica, permanecendo, entretanto, dotado de baixa regulação até a criação de seu marco legal, o qual é composto pelo conjunto da Lei nº 9.656<sup>7</sup> de 3 de junho de 1998 e da Medida Provisória nº 2177-44<sup>8</sup> de 24 de agosto de 2001. Conforme observado por COSTA (p. 1456), o mercado de planos e seguros de saúde no país desenvolveu-se, por conta da quase ausência de regulação, em um contexto onde o mercado conduzia seus negócios com incentivos de natureza fiscal, a inexistência de barreiras de entrada e saída e de limites para a diferenciação de produtos, o que favoreceu a ampliação de clientela e a abertura de empresas, as quais comercializavam seus produtos em quase todas as cidades com mais de 40 mil habitantes,

---

<sup>5</sup> Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm)> Acesso em 08 de abr. de 2018.

<sup>6</sup> Pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde; Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde; Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/-component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEwNw==>> Acesso em 10 de abr. de 2018.

<sup>7</sup> Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm)> Acesso em 08 de abr. de 2018.

<sup>8</sup> Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/MPV/2177-44.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm)> Acesso em 08 de abr. de 2018.

revelando que apenas os municípios com um número populacional mínimo interessava às operadoras de planos de saúde. Ainda assim, e por mais paradoxal que possa sugerir, houve um crescimento expressivo dos planos e seguros de saúde a partir de 1987, mesmo neste cenário de *laissez-faire*. Alguns fatores estruturais contribuíram para a expansão das empresas de planos de assistência à saúde em todos os estratos de renda, como o: limitações no financiamento governamental; competição entre as próprias empresas de saúde na busca de oferecer melhores serviços; os altos custos de determinados serviços de saúde, especialmente os de maior exigência tecnológica; insatisfação da classe média com a qualidade dos serviços oferecidos pelo setor público. Este movimento da classe média pode ser melhor compreendido através do conceito de “universalização excludente”, conforme explicitado por RIBEIRO (p. 775-776): “A tese da universalização excludente sustenta que houve uma migração de clientelas com posição favorável no mercado de trabalho, do sistema recém universalizado com base no financiamento fiscal (SUS) para o seguro privado.”, e complementa (p. 780-781):

“Este quadro já havia sido bem classificado desde o momento da criação do SUS por Faveret e Oliveira como uma “universalização excludente”. Este processo não foi revertido pelo SUS e, pelo contrário, parece haver uma progressiva incorporação via mercado de trabalho de novos contingentes às operadoras pré-pagas. A permanência deste padrão compromete o acesso equitativo institucionalmente preconizado.”

Permanecia, assim, um cenário de vácuo regulatório em que predominavam, em diversos casos, estratégias contratuais lesivas aos consumidores dos planos, as quais incluíam seleção de risco, exclusão de tratamentos e aumentos unilaterais de preços. A reação dos usuários, principalmente dos planos individuais e familiares, mostrou-se um comportamento natural, obtendo forte repercussão na mídia. Isto levou o Governo Federal a adotar medidas mais efetivas através da regulação do mercado e da implantação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, a qual tem como principal missão institucional<sup>9</sup> “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais...e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.”

## **2.2 BREVE HISTÓRICO DA ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

A Constituição de 1988 recepcionou a atividade privada na área da saúde. Entretanto, somente em 1997, a Câmara dos Deputados materializou sua regulamentação específica ao aprovar um Projeto de Lei que tinha como foco uma forte regulação da atividade econômica, definindo ainda as condições de ingresso, de operação e de saída do setor, além de

---

<sup>9</sup> Disponível em < <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>> Acesso em 08 de abr. de 2018.

exigir a constituição de reservas e garantias com o objetivo de dar segurança ao consumidor. Estaria garantido assim o cumprimento dos contratos e a capacidade econômico-financeira das operadoras, além de se garantir a competitividade e a transparência no setor. Um dos principais instrumentos para fortalecer o polo assistencial foi a transformação do Plano Referência<sup>10</sup> em um plano obrigatório e único modelo possível de comercialização. Ficava assim proibida a negociação de qualquer plano de saúde com redução ou exclusão de coberturas assistenciais. Foram reforçadas ou criadas, ainda, regras de proteção ao consumidor, tais como o controle dos reajustes de preço e a proibição da seleção de risco. Observe-se aqui, então, a principal restrição à proposta de planos populares, pois não é tolerado por lei que um plano de saúde ofereça menos que o mínimo permitido, ou seja, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A única solução possível para que esta expansão pudesse ser regularmente formalizada seria a flexibilização deste rol, o que discutiremos mais adiante.

Foi criado, logo em seguida, o sistema de regulação bipartite, onde o Ministério da Fazenda seria responsável pela regulação da atividade econômica, enquanto o Ministério da Saúde seria responsável pela produção dos serviços de saúde. Também foi instituída a Câmara de Saúde Suplementar (CSS, atual CAMSS), a qual conta com a participação dos agentes do setor e da sociedade, sendo órgão consultivo permanente na regulação da assistência à saúde. Este modelo bipartite logo se mostrou insuficiente devido à amplitude da tarefa a ser executada e o ineditismo deste processo, além da separação das funções entre os Ministérios da Fazenda e da Saúde, a qual dificultava a coordenação e impediu a unidade estratégica necessária ao processo de regulação. Assim sendo, ao final do ano de 1999 todas as atribuições de regulação do setor foram submetidas ao Ministério da Saúde. Este período tem como marco referencial a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A ANS, criada através da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, tem como principais objetivos regular e fiscalizar o mercado de saúde suplementar brasileiro, sendo vinculada ao Ministério da Saúde através do Contrato de Gestão. Sua sede localiza-se no estado do Rio de Janeiro. A sua Diretoria Colegiada (DICOL) tem como principais atribuições: administrar a ANS; editar normas; cumprir e fazer cumprir a legislação da saúde suplementar; propor ao ministro da Saúde as políticas, diretrizes gerais e legislação da saúde suplementar; divulgar relatórios sobre suas atividades; estimular a competição no setor; entre outras. Cabe observar

---

<sup>10</sup> Plano privado de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo obstetrícia e acomodação em enfermaria, de oferecimento obrigatório pelas Operadoras de Planos Privados de Saúde. Disponível em <[http://www.ans.gov.br/resultado-da-busca?f=1&q=rol%20de%20procedimentos&t\[\]=1414](http://www.ans.gov.br/resultado-da-busca?f=1&q=rol%20de%20procedimentos&t[]=1414)> Acesso em 08 de abr. de 2018.

que a ANS é, conforme o Decreto nº 3.327/2000 uma autarquia sob regime especial, o que lhe confere uma maior independência e autonomia financeira e administrativa perante o Poder Executivo. O objetivo principal deste modelo é preservá-la de interferências indevidas, seja por parte do poder público ou do mercado.

A ANS, através da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), conta com a participação institucionalizada da sociedade, de caráter permanente e consultivo, tendo como sua principal finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada em suas discussões. Compete à Câmara de Saúde Suplementar: acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar; discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país; entre outras.

No que tange à regulação, segundo MONTONE (p. 18-44), a ANS atua em seis principais dimensões que expressam as ações normativas e fiscalizadoras, sendo elas:

**1 - Cobertura assistencial e condições de acesso:** não havia paradigma nacional ou internacional de regulamentação do setor privado de saúde com as características adotadas por nossa legislação: cobertura assistencial integral, proibição de seleção de risco, etc. Alguns pontos de destaque na regulamentação da ANS são: Plano de Referência, Rol de Procedimentos Médicos, Regulamentação do acesso nos casos de Doença e Lesão Pré-existente, entre outros. É importante salientar que o impacto desta regulamentação se deu apenas sobre os planos novos, ou seja, aqueles contratados a partir de 1999, pois nos contratos antigos prevaleciam as coberturas assistenciais constantes no contrato.

A Tabela 1 abaixo apresenta a evolução destes contratos entre os anos de 2000 a 2017:

**Tabela 1.** Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto à época de contratação do plano entre dezembro de 2000 e dezembro de 2018.

Período	Época de Contratação		TOTAL
	Anterior à Lei 9.656/98	Posterior à Lei 9.656/98	
dez/00	21.671.083	9.295.439	30.966.522
dez/01	19.414.514	12.005.492	31.420.006
dez/02	17.253.036	14.260.273	31.513.309
dez/03	14.930.356	17.144.311	32.074.667
dez/04	13.277.492	20.563.224	33.840.716
dez/05	12.049.836	23.391.513	35.441.349
dez/06	11.363.279	25.885.109	37.248.388
dez/07	10.656.106	28.660.207	39.316.313
dez/08	9.774.162	31.693.857	41.468.019
dez/09	8.770.928	33.790.470	42.561.398
dez/10	8.191.947	36.745.403	44.937.350
dez/11	7.198.139	38.827.675	46.025.814
dez/12	6.289.562	41.556.530	47.846.092
dez/13	5.754.455	43.700.210	49.454.665
dez/14	5.499.106	44.893.044	50.392.150
dez/15	5.186.136	43.986.352	49.172.488
dez/16	4.969.051	42.617.496	47.586.547
dez/17	4.793.539	42.511.406	47.304.945
dez/18	4.091.846	43.175.929	47.267.775

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2019.

Podemos observar na coluna TOTAL que houve um incremento contínuo no período de dez/2000 a dez/2014 com uma taxa muito aproximada de crescimento. Isto nos revela que ocorreu um processo de gradativa adaptação do mercado às novas regras e também uma expansão sustentável do número de beneficiários, o que demonstra um amadurecimento da regulamentação. Além disto, houve a captura dos planos que já existiam quando da publicação da Lei 9.656/98 (um estoque de 21 milhões de planos). Em pouco tempo após a publicação da lei, o mercado agregou 9 milhões de novos planos. Acompanhamos, a partir de então, um processo paulatino de substituição com a diminuição do estoque de planos antigos com o passar dos anos, seja por motivos de migração, desistência, etc. Ainda assim, cerca de 4 milhões de usuários permanecem em planos contratados antes da publicação da lei, pois em alguns casos aquelas regras contratuais são mais vantajosas do que as atuais. A partir de 2015 acompanhamos

o declínio do total do número de beneficiários, reduzindo os ganhos ao patamar encontrado entre os anos de 2011 e 2012, tornando a se estabilizar em 2018.

**2 – Condições de ingresso, operação e saída do setor:** as normas não diferenciaram as empresas que já operavam antes da regulamentação das que foram constituídas posteriormente. A Lei atingiu o conjunto de empresas e delegou à ANS a fixação de mecanismos de transição. Um exemplo disto é a publicação de balanços exigida pela legislação, a qual obrigou a ANS a estabelecer um Plano de Contas Padrão com o objetivo de comparar a situação econômico-financeira das operadoras, independente da sua forma de organização.

**3 – Regulação de preço:** no setor de saúde suplementar seria livre a determinação do preço de venda dos planos. Estabeleceu ainda a fixação de preços diferenciados por faixa etária, sendo esta regulamentação aplicada somente aos novos planos.

**4 – Fiscalização e efetividade da regulação:** desenvolve-se sob duas formas: fiscalização direta e fiscalização indireta. A fiscalização direta ocorre com a apuração de denúncias e representações, além de diligências nas operadoras. Já a fiscalização indireta ocorre através do acompanhamento e do monitoramento das operadoras, tendo por base os dados fornecidos aos sistemas de informações periódicas – assistenciais, econômico-financeiras e cadastrais – e o cruzamento sistemático das informações disponíveis.

**5 – Comunicação e informação:** a informação é a base do processo de regulação, e sua disponibilização aos agentes do setor, principalmente aos contratantes, usuários e à sociedade em geral é de vital importância, pois, além de permitir aos usuários melhores escolhas e maior garantia de cumprimento do contrato, permite aos agentes públicos a definição e o aperfeiçoamento das políticas setoriais.

**6 – Ressarcimento ao SUS:** A legislação estabelece que devem ser ressarcidos pela operadora, em valores iguais ou superiores àqueles pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os atendimentos feitos pelo SUS a usuários de planos privados de assistência à saúde. A efetividade do ressarcimento pode ser comprometida por um conjunto de fatores, dentre os quais destacamos o elevado número de operadoras que não pagam os valores cobrados e que estão em processo de inscrição na Dívida Ativa da União.

### 2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MOMENTO ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Sendo uma de nossas principais questões a possibilidade de que haja um afrouxamento na regulamentação por parte da ANS em troca da expansão de beneficiários no que tange ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, torna-se fundamental compreender o funcionamento atual do mercado de planos de saúde privados:

Quanto ao tipo de contratação<sup>11</sup>, os planos de saúde são divididos em:

- **Individual ou familiar:** plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários<sup>12</sup>. Deve possuir período de carência e cobertura especificados e sua rescisão pode ocorrer somente em caso de fraude ou não pagamento;
- **Coletivo empresarial:** plano privado de assistência à saúde cuja adesão deve ser efetivada junto à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, e cobre os funcionários da organização contratante;
- **Coletivo por adesão:** plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.
- **Coletivo não identificado**<sup>13</sup>: expressão utilizada para designar o plano coletivo cujo vínculo entre o beneficiário e a pessoa jurídica contratante não foi especificado pela operadora.

---

<sup>11</sup> Disponível em <<https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude>> Acesso em 24 de abr. de 2019.

<sup>12</sup> O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

<sup>13</sup> Disponível em <<file:///E:/Downloads/ANS-CADERNO%20DE%20INFORMA%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9ADE%20SUPLEMENTAR%20-%20ano%2011,%20n.%204%20-%20dezembro%20-%202017.pdf>> Acesso em 24 de abr. de 2018.



- **Não informado**<sup>14</sup>: expressão utilizada para designar o plano com vigência anterior à Lei nº 9.656/98, que não foi informado pela operadora.

Como podemos observar na Tabela 2, os planos coletivos são responsáveis por uma parcela de 80,46% do total de planos de saúde comercializados no mercado brasileiro no mês de abril de 2019, enquanto os planos individuais ou familiares somam 19,28% do total, o que demonstra a migração de beneficiários de planos individuais aos planos coletivos, sendo esta uma importante estratégia de expansão de planos privados.

**Tabela 2.** Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto ao tipo de contratação.

<b>Tipo de Contratação</b>	<b>Nº de Beneficiários</b>	<b>% de Beneficiários</b>
Individual ou Familiar	9.115.421	19,28%
Coletivo Empresarial	31.626.214	66,92%
Coletivo por Adesão	6.402.176	13,54%
Coletivo não identificado	1.224	0%
Não informado	122.740	0,26%
<b>Total</b>	<b>47.267.665</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2019.

Já na Tabela 3 abaixo, observamos que houve uma maior expansão de planos coletivos comparada à evolução dos planos individuais entre os anos de 2000 a 2017. Como a ANS não regulamenta os reajustes nos planos coletivos, pois entende que as empresas têm maior poder de negociação junto às operadoras, estes contratos estão sujeitos à livre negociação entre as partes. Já nos planos individuais e familiares, o controle da agência reguladora é mais intenso e os reajustes são tabelados, o que, para o mercado, não é interessante, pois, enquanto nos planos coletivos as empresas assumem grande parte do risco pela insolvência de suas carteiras, nos planos individuais este risco é de completa responsabilidade das operadoras. A consequência deste processo é a criação de uma barreira de acesso aos planos individuais e familiares<sup>15</sup>, devido, principalmente, aos altos prêmios que são cobrados. Em última análise, somente a parcela mais financeiramente abastada ou empregada da população têm acesso a um mercado cada vez mais exclusivo. Ocorre, porém, que o mercado precisa e deseja vender planos de saúde

<sup>14</sup> Disponível em <file:///E:/Downloads/ANS-CADERNO%20DE%20INFORMA%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9ADE%20SUPLEMENTAR%20-%20ano%2011,%20n.%204%20-%20dezembro%20-%202017.pdf> Acesso em 24 de abr. de 2018.

<sup>15</sup> Disponível em <https://oglobo.globo.com/economia/mais-da-metade-dos-usuarios-que-nao-tem-plano-de-saude-ja-foi-beneficiaria-no-passado-23837771> Acesso em 29 de jul. 2019.

individuais. Como fazê-lo, então? As operadoras vêm se movimentando<sup>16</sup>, inclusive com apoio do Presidente da Câmara dos Deputados, Rodrigo Maia, e do atual Ministro da Saúde, Henrique Mandetta, com a intenção de oferecer planos com cobertura reduzida e preços mais acessíveis. Este processo será analisado mais detalhadamente no Capítulo 2. Finalmente, salientamos que a expressiva redução no número de Não Informados ao longo do tempo nos permite deduzir que houve uma melhora na regulação do setor.

**Tabela 3.** Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto ao tipo de contratação do plano entre dezembro de 2000 e dezembro de 2017.

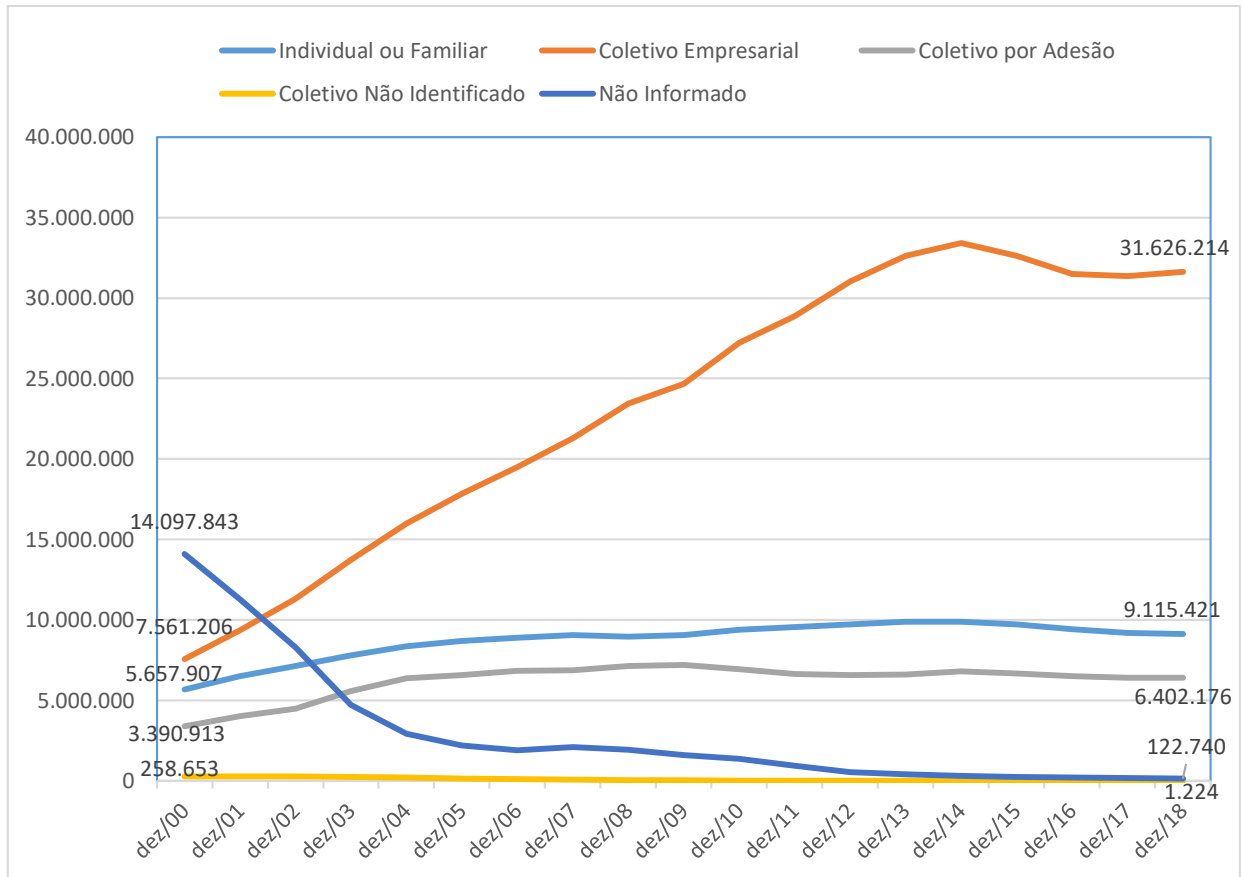
Período	Tipo de Contratação			TOTAL
	Individual ou Familiar	Coletivo	Não Informado	
dez/00	5.657.907	11.210.772	14.097.843	30.966.522
dez/01	6.514.019	13.636.680	11.269.307	31.420.006
dez/02	7.128.755	16.092.752	8.291.802	31.513.309
dez/03	7.809.815	19.538.538	4.726.314	32.074.667
dez/04	8.345.889	22.561.686	2.933.141	33.840.716
dez/05	8.704.862	24.529.113	2.207.374	35.441.349
dez/06	8.891.440	26.448.081	1.908.867	37.248.388
dez/07	9.045.262	28.191.846	2.079.205	39.316.313
dez/08	8.966.805	30.586.603	1.914.611	41.468.019
dez/09	9.052.343	31.899.638	1.609.417	42.561.398
dez/10	9.400.294	34.176.920	1.360.136	44.937.350
dez/11	9.560.381	35.521.443	943.990	46.025.814
dez/12	9.720.081	37.606.290	519.721	47.846.092
dez/13	9.841.602	39.224.452	388.611	49.454.665
dez/14	9.865.575	40.212.140	314.435	50.392.150
dez/15	9.676.907	39.259.932	235.649	49.172.488
dez/16	9.380.219	38.008.421	197.907	47.586.547
dez/17	9.171.047	37.967.243	166.655	47.304.945
dez/18	9.115.421	38.029.614	122.740	47.267.775

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2019.

A seguir, no Gráfico 1, acompanhamos a rápida involução do número de planos de saúde com os tipos de contratação Não Informado e Coletivo Não Identificado entre os anos de 2000 e 2017:

<sup>16</sup> Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogasparsi/2019/07/os-planos-de-saude-voltam-a-atacar.shtml?loggedpaywall?loggedpaywall>> Acesso em 29 de jul. de 2019.

**Gráfico 1.** Evolução do número de beneficiários<sup>17</sup> de planos privados de saúde quanto ao tipo de contratação entre dezembro de 2000 e dezembro de 2018.



Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2019.

Além disto, podemos observar que a evolução dos planos coletivos Empresariais e Por Adesão neste mesmo período foi de 346,65%, enquanto os planos Individuais ou Familiares apresentaram uma evolução de 162,09%, o que certamente reafirma o necessário grau de regulamentação sobre os últimos, através da imposição de um rol mínimo de procedimentos e outros mecanismos de regulação, o que dificulta o acesso à parcela da população de menor renda devido aos altos prêmios praticados pelas operadoras. Entretanto, precisamos estar atentos ao fato de que, mesmo que os planos de saúde individuais ou familiares não sejam atrativos para as operadoras nos moldes atuais, este tipo de contratação apresentou moderado incremento entre os anos 2000 e 2014, o que pode revelar um interesse da população em adquirir estes produtos. Cabe observar que, enquanto nos planos coletivos os reajustes não são regulados pela ANS, nos planos individuais ou familiares estes reajustes são regulados e limitados. Quanto à rescisão contratual, a ANS não permite a rescisão unilateral pela operadora no que

<sup>17</sup> Há beneficiários que aderem a mais de um plano de saúde. Estes números não refletem possíveis duplicidades.

tange aos planos individuais ou familiares. Já nos planos coletivos, pode ocorrer a rescisão unilateral por parte da operadora, desde que se respeite a data de aniversário do contrato. A rígida regulamentação aplicada pela ANS aos planos individuais ou familiares pode explicar o expressivo crescimento dos planos coletivos. As próprias operadoras têm deixado de oferecer a possibilidade de contratação de planos individuais ou familiares, o que obriga a população a recorrer aos planos coletivos empresariais ou coletivos por adesão.

Quanto à modalidade da operadora<sup>18</sup>, os planos de saúde são divididos em:

- **Autogestão:** empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. Como não visa o lucro, esta modalidade não está sujeita à incidência do Código de Defesa do Consumidor (CDC);
- **Cooperativa médica:** surgiu no país com a fundação da Unimed em 1975. É uma sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971;
- **Cooperativa odontológica:** sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera, exclusivamente, planos odontológicos;
- **Filantropia:** entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça e pelos órgãos dos governos estaduais e municipais. Com a publicação da Lei nº 12.101/2009, que tornou mais rígidas as regras para certificação destas entidades, houve uma representativa redução do número de beneficiários incluídos nesta modalidade, notadamente a partir de 2013;

---

<sup>18</sup> Disponível em <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas\\_reclamacoes.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_reclamacoes.htm)> Acesso em 24 de abr. de 2018.

- **Administradora:** empresa que apenas administra planos de assistência à saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Por não possuírem beneficiários, a operadora classificada como administradora está dispensada do envio das informações sobre beneficiários (seus dados são classificados como inconsistentes). Responsáveis por intermediar a negociação contratual entre os beneficiários e as operadoras, estas empresas têm expandido<sup>19</sup> sua atuação desde a sua regulamentação junto à ANS em 2009. Destacam-se aqui empresas como Qualicorp<sup>20</sup>, com cerca de 4,5 milhões de clientes, Aliança<sup>21</sup> e AllCare<sup>22</sup>;
- **Seguradora especializada em saúde:** sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde, desde que esteja constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. As principais diferenças entre um seguro de saúde e um plano de saúde tradicional são o reembolso e a possibilidade de livre escolha de médicos e hospitais;
- **Medicina de grupo:** demais empresas ou entidades que operam planos de saúde. Enquanto o mercado de saúde suplementar perdeu beneficiários nos últimos anos, este setor agregou novos contratos à sua base de clientes. Contando com uma estrutura verticalizada e uma rede própria de prestadores de serviços, é possível oferecer mensalidades mais competitivas e atrair mais beneficiários;
- **Odontologia de grupo:** demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

---

<sup>19</sup> Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/intermediarias-entre-planos-de-saude-e-clientes-crescem-em-plena-criese.shtml>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>20</sup> Disponível em <<https://www.qualicorp.com.br/qualicorp/ecp/comunidade.do?app=portalqualicorpnovosite>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>21</sup> Disponível em <<https://www.aliancaadm.com.br/>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>22</sup> Disponível em <<http://allcare.com.br/>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

A Tabela 4 apresenta a distribuição mais recente dos beneficiários de planos privados de saúde quanto à modalidade, onde podemos observar que a cooperativa médica e a medicina de grupo são os pólos dominantes, enquanto a autogestão tende a ser a mais regulada, pois é fiscalizada pelos próprios empregados das empresas. Já a filantropia, como citado anteriormente, passou por um processo de formalização através da Lei nº 12.101/2009, o que provocou redução em seu número de beneficiários:

**Tabela 4.** Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto à modalidade.

<b>Modalidade</b>	<b>Nº de Beneficiários</b>
Autogestão	4.681.119
Cooperativa Médica	17.367.357
Filantropia	938.885
Medicina de Grupo	18.292.197
Seguradora Especializada em Saúde	5.988.217
<b>Total</b>	<b>47.267.775</b>

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2019.

Quanto à segmentação assistencial<sup>23</sup>, os planos de saúde são divididos em:

- **Ambulatorial** – garante a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. Não inclui atendimento hospitalar ou internação. Pelo fato de apresentar um perfil de cobertura mais reduzido, oferece custos menores;
- **Hospitalar sem obstetrícia** - garante a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, com exceção da atenção ao parto. Não admite previsão de limite de tempo de internação. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, deverá abranger cobertura igual àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, internação além das 12 horas iniciais;

<sup>23</sup> Disponível em <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/segmentacao-assistencial>> Acesso em 06 de abr. de 2018.

- **Hospitalar com obstetrícia** – oferece as mesmas coberturas da modalidade anterior acrescida da atenção ao parto. Garante, ainda, a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto;
- **Exclusivamente odontológico** – pode ser contratado isoladamente ou em conjunto com outros planos de saúde. Esta segmentação assistencial de plano de saúde garante assistência odontológica, compreendendo consultas, exames, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos realizados em ambiente ambulatorial;
- **Referência** - instituído pela Lei nº 9.656/98, o plano Referência engloba assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. O atendimento de urgência e emergência ser integral após as 24 horas da sua contratação. É importante lembrar que o Plano Referência é a modalidade privada mais completa de acesso à saúde, pois deve oferecer atendimento ambulatorial, hospitalar, obstétrico e clínico. É de oferta obrigatória pelas operadoras.
- **Ambulatorial + odontológico;**
- **Ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia;**
- **Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia;**
- **Hospitalar com obstetrícia + odontológico;**
- **Hospitalar sem obstetrícia + odontológico;**
- **Ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico;**
- **Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico.**

Como nos apresenta a Tabela 5 a seguir, os planos hospitalares representam cerca de 87% do total de planos de saúde comercializados. Precisamos, então, compreender quais mecanismos poderiam ser utilizados para expandir a base de usuários de planos ambulatoriais, pois, estes sim, poderiam alcançar a população de menor renda.

**Tabela 5.** Distribuição de beneficiários de planos privados de saúde quanto à segmentação.

<b>Segmentação</b>	<b>Nº de Beneficiários</b>
Ambulatorial	1.980.744
Hospitalar	467.186
Hospitalar e Ambulatorial	41.197.326
Referência	3.500.483
Não Informado	122.036
<b>Total</b>	<b>47.267.775</b>

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2019.

Após analisarmos brevemente a organização do mercado de saúde suplementar quanto à época de contratação do planos, aos tipos de contratação, às modalidades das operadoras e à segmentação assistencial, percebemos que seria importante investigar a quantidade de beneficiários de planos de saúde distribuídos entre as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Capitais, respectivamente, pois isto aprimoraria nossa visão do país como um todo. Os dados analisados encontram-se nas tabelas a seguir:

Na Tabela 6, podemos observar que as regiões Sudeste e Sul, além da região Centro Oeste (estimulada pelo Distrito Federal com 29,72% de cobertura de sua população) apresentam números consideravelmente superiores em relação às regiões Nordeste e Norte, o que pode sugerir um mercado ainda em desenvolvimento ou de possível expansão a planos acessíveis à população de baixa renda nestas últimas.



**Tabela 6.** Distribuição de beneficiários de planos de saúde por Grande Região, População Estimada e Proporção de Cobertura Grande Região/População Estimada.

Grande Região	Nº de Beneficiários	População Estimada	Cobertura por Grande Região/População Estimada
Centro Oeste	3.173.292	16.085.885	19,73%
Nordeste	6.645.814	56.760.780	11,71%
Norte	1.726.646	18.182.253	9,50%
Sudeste	28.738.727	87.711.946	32,76%
Sul	6.951.986	29.754.036	23,36%
Não identificado	31.310	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>47.267.775</b>	<b>208.494.900</b>	<b>22,67%</b>

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2019.

IBGE 07/2018

Já a Tabela 7 a seguir apresenta, respectivamente, a distribuição de beneficiários por Unidades da Federação e Capitais. Observamos que há uma relevante concentração de beneficiários de planos de saúde privados nas Capitais, o que pode revelar um latente potencial de expansão nas cidades do interior das Unidades da Federação. Temos aqui uma distribuição que revela um mercado de planos de saúde concentrado nas áreas urbanas em detrimento das áreas rurais.

Observamos ainda que, curiosamente, algumas Unidades da Federação presentes nas regiões Norte e Nordeste, exatamente estas que apresentam um menor número de beneficiários em comparação à população estimada, possuem grandes concentrações de beneficiários nas Capitais:

**Região Norte:** concentração de **75,26%** nas capitais.

- Acre – sua capital, Rio Branco, possui 91,92% do total de beneficiários do Estado;
- Amapá – sua capital, Macapá, possui 83,27% do total de beneficiários do Estado;
- Amazonas – sua capital, Manaus, possui 97,96% do total de beneficiários do Estado;
- Pará – sua capital, Belém, possui 52,16% do total de beneficiários do Estado;
- Rondônia – sua capital, Porto Velho, possui 55,42% do total de beneficiários do Estado;
- Roraima – sua capital, Boa Vista, possui 97,03% do total de beneficiários do Estado;
- Tocantins – sua capital, Palmas, possui 49,08% do total de beneficiários do Estado.

**Região Nordeste:** concentração de **64,27%** nas capitais.

- Alagoas – sua capital, Maceió, possui 76,28% do total de beneficiários do Estado;
- Bahia – sua capital, Salvador, possui 51,00% do total de beneficiários do Estado;
- Ceará – sua capital, Fortaleza, possui 74,87% do total de beneficiários do Estado;
- Maranhão – sua capital, São Luis, possui 64,04% do total de beneficiários do Estado;
- Paraíba – sua capital, João Pessoa, possui 57,75% do total de beneficiários do Estado;
- Pernambuco – sua capital, Recife, possui 46,67% do total de beneficiários do Estado;
- Piauí – sua capital, Teresina, possui 75,81% do total de beneficiários do Estado;
- Rio Grande do Norte – sua capital, Natal, possui 59,73% do total de beneficiários do Estado;
- Sergipe – sua capital, Aracaju, possui 72,31% do total de beneficiários do Estado.

**Região Centro-Oeste:** concentração de **56,66%** nas capitais.

- Distrito Federal – sua capital, Brasília, possui 100% do total de beneficiários do Estado;
- Goiás – sua capital, Goiânia, possui 44,27% do total de beneficiários do Estado;
- Mato Grosso – sua capital, Cuiabá, possui 41,04% do total de beneficiários do Estado;
- Mato Grosso do Sul - sua capital, Campo Grande, possui 41,36% do total de beneficiários do Estado.

**Região Sudeste:** concentração de **33,08%** nas capitais.

- Espírito Santo – sua capital, Vitória, possui 19,60% do total de beneficiários do Estado;
- Minas Gerais - sua capital, Belo Horizonte, possui 22,97% do total de beneficiários do Estado;
- Rio de Janeiro – sua capital, Rio de Janeiro, possui 56,42% do total de beneficiários do Estado;
- São Paulo – sua capital, São Paulo, possui 33,34% do total de beneficiários do Estado.

**Região Sul:** concentração de **23,82%** nas capitais.

- Paraná – sua capital, Curitiba, possui 34,45% do total de beneficiários do Estado;
- Rio Grande do Sul – sua capital, Porto Alegre, possui 24,57 do total de beneficiários do Estado;
- Santa Catarina – sua capital, Florianópolis, possui 12,44% do total de beneficiários do Estado.

Esta observação sugere que há uma maior concentração populacional nas capitais das regiões Norte e Nordeste, o que não despertaria o interesse das operadoras de planos de saúde em ocupar espaços de vazio populacional no interior daqueles Estados. Ainda assim, salientamos que mesmo naquelas capitais, o acesso à saúde privada ainda é carente de expansão, conforme a Tabela 6.

**Tabela 7.** Distribuição de beneficiários de planos de saúde por Unidade da Federação, Capitais, População Estimada nas Unidades da Federação, Concentração de Beneficiários nas nas Unidades da Federação e Cobertura nas Unidades da Federação/População Estimada.

Unidade da Federação	Nº de Beneficiários nas Unidades da Federação	Capitais	Nº de Beneficiários nas Capitais	População Estimada nas Unidades da Federação	Concentração de Beneficiários nas Unidades da Federação	Cobertura nas Unidades da Federação/População Estimada
Acre	45.034	Rio Branco	41.391	869.265	91,92%	5,18%
Alagoas	376.751	Maceió	287.384	3.322.820	76,28%	11,34%
Amapá	71.757	Macapá	59.750	829.494	83,27%	8,65%
Amazonas	515.241	Manaus	504.722	4.080.611	97,96%	12,63%
Bahia	1.597.231	Salvador	814.463	14.812.617	51,00%	10,78%
Ceará	1.272.854	Fortaleza	952.998	9.075.649	74,87%	14,02%
Distrito Federal	899.801	Brasília	899.801	2.974.703	100,00%	30,25%
Espírito Santo	1.110.456	Vitória	217.650	3.972.388	19,60%	27,95%
Goiás	1.116.952	Goiânia	494.461	6.921.161	44,27%	16,14%
Maranhão	470.567	São Luis	301.343	7.035.055	64,04%	6,69%
Mato Grosso	578.678	Cuiabá	237.478	3.441.998	41,04%	16,81%
Mato Grosso do Sul	577.861	Campo Grande	239.021	2.748.023	41,36%	21,03%
Minas Gerais	5.043.341	Belo Horizonte	1.158.392	21.040.662	22,97%	23,97%
Pará	803.165	Belém	418.969	8.513.497	52,16%	9,43%
Paraíba	423.943	João Pessoa	244.834	3.996.496	57,75%	10,61%
Paraná	2.848.929	Curitiba	981.557	11.348.937	34,45%	25,10%
Pernambuco	1.328.547	Recife	621.320	9.496.294	46,77%	13,99%
Piauí	338.478	Teresina	256.608	3.264.531	75,81%	10,37%
Rio de Janeiro	5.390.390	Rio de Janeiro	3.041.598	17.159.960	56,42%	31,41%
Rio Grande do Norte	517.144	Natal	308.915	3.479.010	59,73%	14,86%
Rio Grande do Sul	2.592.593	Porto Alegre	637.124	11.329.605	24,57%	22,88%
Rondônia	153.613	Porto Velho	85.131	1.757.589	55,42%	8,74%
Roraima	28.567	Boa Vista	27.719	576.568	97,03%	4,95%
Santa Catarina	1.510.464	Florianópolis	187.851	7.075.494	12,44%	21,35%
São Paulo	17.194.540	São Paulo	5.731.895	45.538.936	33,34%	37,76%
Sergipe	320.299	Aracaju	231.619	2.278.308	72,31%	14,06%
Tocantins	109.269	Palmas	53.629	1.555.229	49,08%	7,03%
Não identificado	31.310	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>47.267.775</b>	<b>-</b>	<b>19.435.815</b>	<b>208.494.900</b>	<b>41,12%</b>	<b>22,67%</b>

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2019.

IBGE - 07/2018.

### 3      **CAPÍTULO 2 - INICIATIVAS DE INDUÇÃO AOS PLANOS POPULARES DE SAÚDE E CONTROVÉRSIAS SOBRE A EXPANSÃO DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL**

A disputa por espaço entre o mercado privado de saúde e a saúde pública remonta aos primórdios do sistema de saúde brasileiro. Com o advento da Constituição de 1988 e da Lei nº 9.656/98, ocorreu a necessária regulamentação do setor de saúde suplementar, a qual veio em substituição ao modelo de *laissez-faire* anterior. Ainda assim, este mercado, em constante busca por expansão, cria estratégias, muitas vezes informais, de sobrevivência. Já em outras situações, busca legalizar o que já funciona informalmente, como analisaremos nas linhas a seguir.

As operadoras de planos de saúde estão constantemente ocupando a agenda governamental com proposições que miram o incremento de sua base de beneficiários. Estas propostas possuem em comum seguidas tentativas de reduzir a regulação, principalmente sobre os planos individuais e familiares. Como também investigaremos abaixo, houve aproximações informais durante o governo Dilma Rousseff – a qual vetou as propostas das operadoras através do diálogo e da resistência apresentada por setores organizados da sociedade – e formais durante o governo Temer, sendo as propostas contestadas pela ANS e pela sociedade.

É fundamental, ainda, observar a expansão informal e desregulamentada de planos populares e cartões de desconto e pré-pagos oferecidos por hospitais, clínicas e empresas. Além de revelar uma importante demanda da população – que aceita reduzidas coberturas e garantias em troca de um prêmio também reduzido – por planos de saúde populares, cabe aqui o questionamento. Por que as pessoas estão recorrendo a este modelo de saúde quando poderiam recorrer ao SUS? Acreditamos que onde o SUS funciona coerentemente a demanda por estes planos seja menor, porém esta relação será melhor examinada em um futuro curso de doutorado. Ou seja, a população compra um plano de saúde por necessidade, e, na maioria das vezes, por um problema social provocado pela ineficiência de um sistema público subfinanciado e cada vez mais sucateado.

Conforme cartilha publicada pela ANS em 2014<sup>24</sup>, “cartões de desconto e pré-pago não são planos de saúde”. Enquanto nos cartões de desconto o cliente paga um valor – que pode ser uma mensalidade, anuidade, etc. – e recebe um cartão de identificação com o qual negocia os valores diretamente com o prestador do serviço médico, nos cartões pré-pagos ocorre o mesmo modelo de pagamento, sendo que os atendimentos serão realizados em estabelecimentos

---

<sup>24</sup> Disponível em < [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/minia-tura\\_cartilha\\_prepago.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/minia-tura_cartilha_prepago.pdf)> Acesso em 15 de jul. de 2019.

indicados pela empresa contratada. Esta modalidade de serviço não é regulamentada pela ANS e, portanto, funciona informalmente, à margem do mercado. E, sendo assim, não possui as garantias oferecido pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Algumas destas empresas estão listadas abaixo:

- **Cartão de Todos**<sup>25</sup> - Tendo como “garota propaganda” a apresentadora Ana Maria Braga, apresenta-se como um cartão de descontos que tem como principal objetivo a inclusão social. Através de uma mensalidade de R\$ 21,90, a empresa informa que toda a família acessará os serviços da clínica parceira em sua cidade. É a maior empresa deste setor com cerca de 8 milhões de clientes<sup>26</sup>;

- **Doutor Já**<sup>27</sup> – Oferece mensalidades a partir de R\$ 19,99 para pessoas físicas, além de serviços a pessoas jurídicas que não oferecem planos de saúde a seus funcionários;

- **Vale Saúde**<sup>28</sup> - Promete preços reduzidos em consultas e exames, ausência de carência, descontos em medicamentos, entre outras vantagens, pelo valor de R\$ 28,90 no plano familiar;

- **Sidney Oliveira**<sup>29</sup> – Cartão pré-pago oferecido pela rede de drogarias Ultrafarma. Oferece planos com valores mínimos de até R\$ 9,90.

Quanto às clínicas e hospitais que oferecem planos populares, modalidade também não regulamentada pela ANS, observamos que este é um mercado – como o de cartões de desconto e pré-pagos – criado nas lacunas oferecidas pelo SUS e pelos planos de saúde formais. Valem-se de mecanismos de franquias e coparticipação, pois apenas desta maneira conseguem oferecer valores acessíveis a seus clientes. Algumas destas clínicas estão listadas abaixo (analisamos somente o município do Rio de Janeiro, mas o mesmo padrão se aplica às outras Unidades da Federação):

- **Docctor Med**<sup>30</sup> - Todos os seus serviços podem ser agendados pelo *site* da empresa. Com consultas a partir de R\$ 60,00, são oferecidas as seguintes especialidades: clínica geral, ginecologia, psicologia, odontologia, entre outras;

- **MedicMais**<sup>31</sup> – Oferece consultas médicas e odontológicas com valores a partir de R\$ 90,00, além de exames de análises clínicas e imagem. Oferece diversas especialidades médicas, tais como: clínica geral, dermatologia, odontologia, entre outras;

---

<sup>25</sup> Disponível em < <https://www.cartaodetodos.com.br/#/>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>26</sup> Disponível em < <https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2018/12/02/com-8-mi-de-clientes-cartao-de-desconto-atrai-orfaos-de-plano-de-saude.htm>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>27</sup> Disponível em < <https://www.doutorja.com.br/>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>28</sup> Disponível em < <https://www.valesaudeempre.com.br/>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>29</sup> Disponível em < <https://www.sidneyoliveirasaude.com/>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>30</sup> Disponível em < <https://docctormed.com.br/>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>31</sup> Disponível em < <https://medicmais.com.br/>> Acesso em 25 de jul. de 2019.

- **Samoc**<sup>32</sup> – Possui planos mensais individuais e empresariais a partir de R\$ 150,00 em sua rede própria de atendimento que conta com, atualmente, com seis unidades.

Há diversas outras clínicas em expansão que oferecem serviços similares aos apresentados acima: Camim<sup>33</sup>, Centro Médico Pastore<sup>34</sup>, dentre outras.

Todas estas iniciativas podem ser consideradas informais, pois são carentes de regulamentação pela ANS. Estas falhas regulatórias são a todo momento contestadas por setores da sociedade ligados à saúde pública e mesmo pelo mercado de saúde suplementar, o qual busca formalizar este mercado paralelo. As principais iniciativas neste sentido ocorreram durante os governos Dilma Rousseff e Michel Temer, como apresentado nas próximas linhas:

No dia 27 de fevereiro de 2013, o jornal Folha de São Paulo publicava em sua sessão Cotidiano o artigo intitulado “Governo Federal Negocia para Ampliar Acesso a Planos de Saúde”<sup>35</sup>, segundo o qual o governo da ex-presidente Dilma Rousseff estaria negociando com os planos de saúde um pacote de medidas de estímulo ao setor em troca de garantias de melhor atendimento à população. Já no dia 05 de abril de 2013, em artigo publicado no mesmo periódico, os professores Luis Eugenio Portela, Mario Scheffer e Ligia Bahia indagavam: “Dilma vai acabar com o SUS?”<sup>36</sup>. No texto, os autores discorrem sobre o “embrião” da proposta de planos de saúde acessíveis, afirmando que estes seriam “baratos no preço e medíocres na cobertura”. A Revista Radis viria, no mês seguinte, a alcinhar esta mesma proposta de “planos de saúde para pobres (PPP)”<sup>37</sup>. Vazado pela imprensa, esse pacote de medidas foi logo abandonado devido às fortes críticas encontradas no setor de Saúde Pública. Percebemos então que, independente do espectro político-ideológico a que pertençam os governantes, há em curso um latente movimento em direção à expansão do mercado privado de saúde no país. Cabe observar também que, conforme ressalta o artigo “Febraplan e a disputa real pelo sistema de saúde universal: considerações sobre a atuação recente do setor privados nas políticas saúde”<sup>38</sup> publicado em 13 de abril de 2018 por Leonardo Mattos et al., a atuação

<sup>32</sup> Disponível em < <http://rjsamoc.com.br/> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>33</sup> Disponível em < <https://www.camim.com.br/> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>34</sup> Disponível em < <https://www.centromedicopastore.com.br/> Acesso em 25 de jul. de 2019.

<sup>35</sup> Disponível em < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/02/1237512-governo-federal-negocia-para-ampliar-acesso-a-planos-de-saude.shtml> > Acesso em 03 de abr. 2018.

<sup>36</sup> Disponível em < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml> > Acesso em 03 de abr. 2018.

<sup>37</sup> Disponível em < <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/planos-de-saude-para-pobres-ppp-subsidiados-pelo-governo-0> > Acesso em 04 de abr. 2018.

<sup>38</sup> Disponível em < <http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/noticias/45-febraplan-e-a-disputa-real-pelo-sistema-de-saude-universal-consideracoes-sobre-a-atuacao-recente-do-setor-privado-nas-politicas-saude> > Acesso em 17 de abr. 2018.

de agentes privados na disputa dos rumos das políticas de saúde não é uma novidade e remonta aos anos 80, envolvendo inclusive os debates da reforma sanitária e da Constituinte de 1988.

Já em entrevista concedida ao jornal El País em 24 de julho de 2016<sup>39</sup>, o ex-Ministro da Saúde Ricardo Barros propôs a criação de um Plano de Saúde Popular com a intenção primeira de evitar a judicialização da Saúde, além de buscar aliviar a demanda crescente pelos serviços do SUS. Logo em seguida, em 05 de agosto de 2016, foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria nº 1.482<sup>40</sup>, a qual instituiu um Grupo de Trabalho para discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível, terminologia que se julgou mais adequada. Segundo esta Portaria, este grupo seria responsável por realizar estudos de impacto financeiro de implantação do projeto, além de apresentar proposta de projeto de Plano de Saúde Acessível. Este grupo foi composto por representantes do Ministério da Saúde, da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e CNSEG (Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização), sendo coordenado pelo representante do Ministério da Saúde. Este grupo teve o prazo de duração máximo de 60 (sessenta) dias, prorrogável apenas uma vez pelo mesmo período.

Foram realizadas cinco reuniões por este Grupo de Trabalho, a primeira em 31 de agosto de 2016 e a última em 02 de dezembro de 2016. De posse das deliberações do Grupo de Trabalho, o Ministério da Saúde enviou o Ofício nº 60-GS/SAS, de 18 de janeiro de 2017, para manifestação da ANS acerca da viabilidade técnica em relação às seguintes propostas:

- **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.

Com esta proposta específica fica evidente que os planos de saúde acessíveis estariam oferecendo uma cobertura que já é estabelecida pelo SUS. Fica aberta a questão de quais

---

<sup>39</sup> Disponível em <[https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/23/politica/1469280731\\_547176.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/23/politica/1469280731_547176.html)> Acesso em 03 de abr. 2018.

<sup>40</sup> Disponível em <[http://www.lex.com.br/legis\\_27176258\\_PORTARIA\\_N\\_1482\\_DE\\_4\\_DE\\_AGOSTO\\_DE\\_2016.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27176258_PORTARIA_N_1482_DE_4_DE_AGOSTO_DE_2016.aspx)> Acesso em 12 de set. 2018.



seriam os mecanismos de hierarquização, referência e contrarreferência a serem adotados.

- **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.

Considerando as proposições anteriores, o Ministério da Saúde apresentou as seguintes motivações para a apresentação de sua proposta:

- 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;
- 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 de beneficiários em planos médico-hospitalares que, segundo dados levantados pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), em doze meses, foi de 3,05% chegando a 48,6 milhões de beneficiários em junho de 2016. Nesse

mesmo levantamento contatou-se que em junho de 2015 o número de beneficiários era superior a 50 milhões; e

- O intuito de ofertar planos mais acessíveis, com atendimento direcionado para as reais necessidades dos cidadãos brasileiros.

Recebidas as propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde, a ANS instituiu em 24 de março de 2017 um Grupo Técnico com o objetivo de analisar preliminarmente a viabilidade técnica das propostas. Foram realizadas seis reuniões por este Grupo Técnico, a primeira em 03 de abril de 2017 e a última em 25 de maio de 2017.

Logo em seguida, a ANS realizou um debate público no período de 28 a 30 de julho de 2017, onde diversas entidades puderam participar ativamente da discussão acerca da proposta de Planos de Saúde Acessíveis, dentre elas: UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde); OAB (Ordem dos Advogados do Brasil); FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar); ANAB (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios); IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor); ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo); UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro); CMB (Confederação das Santas Casas de Misericórdia); Faculdade de Medicina de Presidente Prudente; SENACON (Secretaria Nacional do Consumidor); NUDECON (Núcleo de Defesa do Consumidor); MPRJ (Ministério Público do Rio de Janeiro); Proteste; FBH (Federação Brasileira de Hospitais); ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados); Unimed do Brasil; AMB (Associação Médica Brasileira) e Ministério Público Federal. Além das entidades citadas, o corpo técnico da ANS também pode participar do debate público.

Além disso, no período de 14 de junho de 2017 à 14 de julho de 2017, a ANS realizou consulta interna com o intuito de receber contribuições de seu próprio corpo técnico. Dos cinco servidores que se manifestaram, a maioria apontou fragilidades que precisam ser revistas, rejeitando assim as propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde.

Tendo como principais norteadores a rede hierarquizada, o fator moderador, protocolos clínicos definidos, recomposição de preços com base em planilhas de custo, obrigatoriedade da segunda opinião médica, revisão dos prazos de atendimento, canal digital de comunicação, e plano regionalizado, e, após todo o trâmite processual detalhado anteriormente, a ANS se posicionou da seguinte forma:

**Quadro 1.** Posicionamento da ANS acerca das propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde.

Proposta do Ministério da Saúde	Posição da ANS
<p><b>Rede hierarquizada (com direcionamento):</b> incentivo ao cuidado primário, com acesso inicial obrigatório via médico da família ou atenção primária, escolhido pelo beneficiário entre os designados pela operadora. Caberá a este profissional (clínico geral, ginecologista e pediatra) fazer o acompanhamento e todos os encaminhamentos do beneficiário na rede.</p>	<p>A agência reguladora entende que já há no mercado produtos comercializados com tais características, e estimula a adoção de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, inclusive dispondo de normas específicas desde 2011 (Resolução Normativa RN nº 264/2011 e demais alterações). Desse modo, do ponto de vista do ente regulador, tal forma de operar no mercado é desejável e estimulada e não depende da implantação de quaisquer alterações previstas na proposta de planos acessíveis para ser implantada, desde que a adesão do paciente esteja prevista e descrita em seu objeto de pactuação contratual.</p>
<p><b>Fator moderador (coparticipação):</b> aumento da coparticipação, fazendo com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua saúde. Para tanto, é preciso simplificar as regras atuais e rever normativos desta Agência Reguladora, no intuito de que a coparticipação possa atingir ao menos 50% do valor do procedimento.</p>	<p>A agência reguladora afirma que já existem no mercado planos comercializados com a previsão de coparticipação, vedando-se a aplicação desse mecanismo em proporção que o caracterize como um fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados. Desse modo, não são necessárias quaisquer alterações para que esse mecanismo possa ser utilizado.</p>
<p><b>Protocolos Clínicos Definidos:</b> adoção de protocolos clínicos objetivos, de uso obrigatório e que não devem ser diferentes daqueles adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O dispositivo garante a segurança do paciente, orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento.</p>	<p>A agência reguladora já estabelece Diretriz de Utilização – DUT, um conjunto de critérios clínicos ou não, que têm por finalidade estabelecer a melhor indicação para a execução do procedimento ou evento em saúde no setor de saúde suplementar.</p>
<p><b>Recomposição de preços com base em planilhas de custo:</b> o plano acessível de contratação individual deve ter regra de reajuste diferente da adotada atualmente pela ANS, permitindo à operadora recompor o aumento do custo.</p>	<p>A agência reguladora é contrária à recomposição de preços se configurar um mero repasse dos custos e do risco do negócio para o consumidor, sem estimular as melhorias de processos e os ganhos de produtividade.</p>
<p><b>Obrigatoriedade da segunda opinião médica (alta complexidade):</b> A obrigatoriedade de segunda opinião médica, nos casos de maior complexidade, garantirá que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais e evitará o uso desnecessário de recursos, evitando desperdícios.</p>	<p>A agência reguladora já vinha estudando a matéria há algum tempo o que culminou no normativo que dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras (Resolução Normativa nº 424, de 27/06/2017).</p>

<p><b>Revisão dos prazos de atendimento:</b> prazo de 7 (sete) dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). Para as demais especialidades, sugere-se alongar de 14 (quatorze) para 30 (trinta) dias. Para cirurgias eletivas e programadas, sugere-se a alteração de 21 (vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias.</p>	<p>A agência reguladora editou a regulamentação dos prazos máximos de atendimento, vigente desde dezembro de 2011, com base nos prazos médios praticados pelas próprias operadoras de planos de saúde. O acompanhamento da dinâmica do setor em função desses prazos constitui atividade regular de processo de trabalho do regulador e eventuais ajustes podem ser feitos ao se avaliar o impacto regulatório.</p>
<p><b>Canal digital de comunicação:</b> implementação de canais digitais de comunicação com o intuito de reduzir desperdícios em processos administrativos e operacionais. Assim, tanto a venda, quanto o pagamento, os extratos e os orientadores de rede assistencial estariam disponíveis para todos, preferencialmente via internet.</p>	<p>A agência reguladora informa que já há regulamentações específicas sobre: a venda online por meio de <i>sites</i> ou aplicativos de celular (RN 413/2016); a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde aos beneficiários (RN 389/2015); e o atendimento presencial e telefônico das operadoras para atender aos beneficiários que não dispuserem de acesso aos meios digitais (RN 395/2016).</p>
<p><b>Plano Regionalizado:</b> cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município. Consiste, então, no credenciamento dos serviços existentes na região que serão disponibilizados aos beneficiários de acordo com capacidade operacional do município. Para este produto é necessária a flexibilização do Rol de procedimentos da ANS.</p>	<p>A agência reguladora afirma que a Lei 9.961/00, em seu art. 4º, XIII, atribui a si a competência de decidir sobre o estabelecimento de subsegmentações aos tipos de planos. Desse modo, embora pudesse conferir maior segurança jurídica, a revisão das segmentações vigentes não careceria de alteração legislativa, por esse entendimento.</p>

Fonte: Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis - 08/2017.

A ANS concluiu, assim, que as propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde concorrem com ações regulatórias já em andamento. Sendo assim, a ANS demonstrou que não aprova a continuidade desta discussão.

Ainda assim, em 21 de setembro de 2017, a ABRASCO publicava notícia<sup>41</sup> que dava conta de que o ex-Ministro da Saúde Ricardo Barros tinha a intenção de iniciar a comercialização dos planos acessíveis ainda no presente ano. O que, como sabemos, não ocorreu. Entretanto, o ex-Ministro parece não ter se resignado quanto à ideia, pois, no dia 19 de março de 2018, em entrevista ao Programa Roda Viva<sup>42</sup>, da TV Cultura, afirmou que:

<sup>41</sup> Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/barros-insiste-na-proposta-dos-planos-populares-abrasco-apresenta-contraponto/30819/>> Acesso em 16 de abr. 2018.

<sup>42</sup> Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=JiuxorFYJAw>> Acesso em 21 de mar. 2018.

“...planos de saúde populares são uma grande solução para o SUS. O rol mínimo exigido pela ANS quer dizer para nós o seguinte: ou você anda de Mercedes ou você anda a pé. Você não tem direito de ter o plano que você tem capacidade de pagar. Você tem que ter aquilo que a ANS acha que é o mínimo que alguém tem que receber. Está errado. Lança a empresa o plano que ela quer, compra o consumidor o plano que quer. Fica se quiser. O governo não tem absolutamente nada com isso. É uma relação privada que tem que ser estabelecida”.

Após toda a controvérsia causada por esta proposta junto aos profissionais da Saúde Coletiva e a consequente reação destes, o Ministro da Saúde seguinte, Gilberto Occhi, não voltou a mencionar esta possibilidade. Já o atual ministro, Luiz Henrique Mandetta, em entrevista ao Programa Roda Viva<sup>43</sup> no dia 27 de maio de 2019, indaga:

“É justo ou equânime uma pessoa que recebe 100 salários mínimos ter o atendimento 100% gratuito no SUS? Quem vai ter 100% de atendimento gratuito no SUS? Eu acho que essa discussão é extremamente importante para esse Congresso. Eu vou provocá-la, vou mandar a mensagem, sim, para a gente discutir equidade e esse ponto a gente vai pôr o dedo...”

Estaria o Ministro da Saúde sugerindo que a classe média arcasse com um modelo de copagamento junto ao SUS?

Outros acontecimentos recentes que julgamos dignos de nota são:

- O evento “1º Fórum Brasil - Agenda Saúde<sup>44</sup>: a ousadia de propor um novo sistema de saúde”, realizado em 10 de abril de 2018 e promovido pela recém-criada Federação Brasileira de Planos de Saúde (Febraplan), cujo principal objetivo é “unir e fortalecer as operadoras.” Em sua apresentação neste evento, Alcení Guerra, ministro da Saúde no governo Fernando Collor de Mello, propôs como meta para o ano de 2038 uma cobertura de 50% da população por planos privados que, segundo ele, reduziria o preço dos planos e faria com que boa parte da população que utiliza o SUS migrasse para eles<sup>45</sup>.
- Já no período que envolve a última quinze do mês de abril de 2018, Abrasco e Idec enviaram cartas para a Comissão de Ética Pública da Presidência e para o Senado Federal solicitando a substituição ou paralisação do trâmite da indicação de Davidson Tolentino de Almeida e de Rogério Scarabel Barbosa para o cargo de diretores na

<sup>43</sup> Disponível em < <https://www.youtube.com/watch?v=O02qhzamw84>> Acesso em 01 de jun. de 2019.

<sup>44</sup> Disponível em < <http://febraplan.com.br/wp-content/uploads/2018/08/A-ousadia-de-propor-um-Novo-Sistema-de-Sa%C3%BAde.pdf>> Acesso em 20 de mai. 2018.

<sup>45</sup> Disponível em < <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-empresarios-nao-querem-a-extincao-do-sus-querem-o-sus-conveniente-aos-seus>> Acesso em 25 de mai. 2018

ANS<sup>46</sup>. Estas duas indicações foram realizadas pela Presidência da República em 17 de abril. Abrasco e Idec entendem que o primeiro diretor indicado não poderia ocupar o cargo por estar sendo investigado por corrupção, enquanto o segundo diretor indicado não poderia ocupar o cargo por um conflito de interesses em sua atuação profissional anterior (ligada ao mercado privado de saúde).

- A Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), em sua página institucional<sup>47</sup> se define como: “uma entidade civil, sem fins lucrativos, e de âmbito nacional, representativa dos principais hospitais privados de excelência do país. Tendo como objetivo, segunda a mesma página: “defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da saúde suplementar, favorecendo a todos os brasileiros”. A Anahp, que visa atuar como uma Think Tank<sup>48</sup>, é responsável pela publicação do *Livro Branco*, que desde 2014 direciona a atuação de seus membros. A edição de 2019 do *Livro Branco* já se encontra disponível na página institucional da Anahp, o qual, em sua apresentação “expõe propostas para o aprimoramento da atenção à saúde e da atuação integrada entre os setores público e privado”. Uma prova da influência da Anahp é a publicação, em “última mão” (24/05/2018), de artigo do colunista do jornal O Globo, Lauro Jardim<sup>49</sup>, intitulado “Investimento em saúde no Brasil: o público e o privado”, no qual informa que, segundo dados do *Livro Branco* 2019, os investimentos privados em saúde passaram de R\$ 254 bilhões para R\$ 375 bilhões entre 2009 e 2017 — um crescimento de 47%, enquanto, no mesmo período, o aporte do setor público em saúde aumentou em 31%, de R\$ 202 bilhões para R\$ 265 bilhões.

Diversas outras ações continuam sendo orquestradas pelas operadoras e associações de planos de saúde com o intuito principal de expandir e fortalecer o mercado de planos de saúde privados, além de formalizar o mercado já atuante de planos populares. O cenário dos últimos anos, como demonstrado acima, foi de iniciativas pontuais e tímidas, porém, como apontado

---

<sup>46</sup> Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/abrasco-e-idec-pedem-substituicao-de-indicacao-de-dois-diretores-da-ans/34033/>> Acesso em 12 de mai. 2018.

<sup>47</sup> Disponível em <<http://anahp.com.br/institucional-anahp/a-anahp/institucional-anahp>> Acesso em 17 de mai. 2018.

<sup>48</sup> Instituição que se dedica a produzir e difundir informações sobre um tema específico, buscando assim influenciar a sociedade com suas ideias, além de influenciar decisões políticas.

<sup>49</sup> Disponível em <<https://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/investimento-em-saude-no-brasil-o-publico-e-o-privado.html>> Acesso em 24 de mai. 2018.

por nossos entrevistados, o cenário atual e futuro é de uma maior aproximação entre o privado e o público em saúde. Prova disto é o artigo publicado por Elio Gaspari na Folha de São Paulo em 14 de julho do presente ano. Intitulado “Os planos de saúde voltam a atacar”<sup>50</sup>, o jornalista busca desvendar o projeto “Mundo Novo”, o qual conta com 89 artigos e deve ser entregue em breve ao Presidente da Câmara dos Deputados e ao Ministro da Saúde para apreciação de ambos. Este projeto visa enfraquecer a atuação da ANS, a qual já se encontra envolvida por falhas regulatórias, além de transferir para o Consu (Conselho de Saúde Suplementar<sup>51</sup>) o poder de definir o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

---

<sup>50</sup> Disponível em < <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2019/07/os-planos-de-saude-voltam-a-atacar.shtml?loggedpaywall?loggedpaywall>> Acesso em 14 de julho de 2019.

<sup>51</sup> Este conselho, de cunho político, retomou suas atividades em agosto de 2018 após 18 anos de quase inatividade. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44115-nota-a-imprensa-reuniao-do-conselho-de-saude-suplementar>> Acesso em 25 de julho de 2019.

#### 4      **CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO**

Este é um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, o qual traz como objetivo geral a análise de estratégias público-privadas de expansão de acesso à saúde através dos planos privados de saúde no Brasil, notadamente os chamados planos populares. Já como objetivos específicos, buscar-se-á descrever e analisar o mercado de planos privados de saúde, investigar possíveis incentivos governamentais e discutir os efeitos combinados entre a expansão do SUS e dos planos privados de saúde.

As estratégias de pesquisa adotadas neste trabalho são:

**Pesquisa em fontes primárias:** entrevistas semiestruturadas realizadas com o intuito de promover a discussão entre diferentes setores do campo da saúde pública e privada. Buscaram-se atores que pudessem enriquecer com seus conhecimentos teóricos e experiências práticas as discussões aqui propostas. Todas as entrevistas foram realizadas no período compreendido entre setembro e dezembro de 2018 e, para tal, utilizou-se um roteiro de questões semiabertas predefinidas que encontra-se disponível no anexo I. Cinco possíveis entrevistado(a)s foram convidados: um dele(a)s, a ANS, declinou do convite em 12 de setembro de 2018, informando, através de correio eletrônico, que “no momento infelizmente nossos dirigentes estão com a agenda compromissada para os próximos meses... em função disto não poderemos atender seu pedido”, e quatro dele(a)s aceitaram prontamente o convite apesar de suas agendas sobrecarregadas:

- **Representante de entidade de defesa do consumidor,** o(a) qual solicitou sigilo, mas podemos citar, sem prejuízo de sua identidade, que o(a) mesmo(a) possui um papel societário ativo na proteção dos direitos dos usuários de plano de saúde, buscando compensar, assim, possíveis falhas regulatórias de provisão e de contratos. É presença constante em artigos de mídia impressa e digital. O primeiro contato com o(a) entrevistado(a) se deu através de correio eletrônico no dia 26 de abril de 2018. Nosso encontro ocorreu no dia 06 de setembro de 2018 às 10h nas instalações do referido órgão de defesa do consumidor, com duração de 1 hora 1 minuto e 57 segundos.



- Representante do Movimento Chega de Descaso, organização civil sem fins lucrativos fundada em 2014, Leandro do Nascimento Farias é um dos fundadores deste movimento de participação popular, o qual conta com 35.132 seguidores em sua página do Facebook<sup>52</sup>. Farmacêutico Sanitarista e Especialista em Direito e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Leandro tornou-se ativista em prol do SUS após o falecimento de sua noiva, Ana Carolina Cassino, em 17 de agosto de 2014, em um hospital particular na Barra da Tijuca, Rio de Janeiro. Ana era usuária de um plano de saúde da operadora Unimed, e não sobreviveu à espera de 28 horas por uma cirurgia de apendicite. Desde então, Leandro integra o Movimento Chega de Descaso. A principal missão do movimento é representar os interesses individuais e coletivos na garantia do acesso à saúde reforçando a participação social. Atua diretamente com *advocacy*, buscando soluções para os conflitos entre o público e o privado em saúde. Presta atendimento presencial e virtual às pessoas que se consideram lesadas pelos planos de saúde e pelo SUS, oferecendo apoio assistencial às vítimas – psicólogos, advogados, assistentes sociais, etc. O primeiro contato com o entrevistado se deu através de sua página pessoal no Facebook em 24 de agosto de 2018. Nosso encontro ocorreu no dia 25 de outubro de 2018 às 12:00h nas instalações da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, com duração de 59 minutos e 56 segundos.
- Representante da Fenasaúde, entidade que representa 16 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, dentre elas Golden Cross, Amil Unimed, Sulamérica, etc, José Cechin, à época de sua entrevista, ocupava ali o cargo de diretor-executivo desde 2010. Antes disto, foi Superintendente Executivo do IESS entre 2006 e 2010, cargo que tornou a ocupar recentemente. Durante os anos de 1995 a 2002 foi secretário executivo do Ministério da Previdência Social, ocupando o cargo de Ministro da Previdência durante o governo Fernando Henrique Cardoso de 08 de março de 2002 à 01 de janeiro de 2003. É formado em engenharia eletrônica pelo ITA (Instituto Tecnológico de Aeronáutica), mestre em engenharia elétrica e economia pela Unicamp e mestre em economia pela universidade de Cambridge. O primeiro contato com José Cechin deu-se através de mensagem enviada a seu correio eletrônico pessoal em 06 de novembro de 2018. Nosso encontro ocorreu no dia 19 de novembro de 2018 às 14:49h

---

<sup>52</sup> Disponível em <[https://www.facebook.com/pg/movimentochegadedescaso/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/movimentochegadedescaso/about/?ref=page_internal)> Acesso em 26 de jun. de 2019.

na sede da Fenasaúde no Rio de Janeiro, com duração de 1 hora 8 minutos e 21 segundos.

- Representante com longa vivência no órgão regulador, Silvana Souza da Silva Pereira é assessora legislativa do Senador Humberto Costa no Senado Federal. É doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Mestre em Saúde Pública, Silvana possui graduação em odontologia pela Universidade São Francisco. Com passagens pelo Senado Federal (2011-2014), pelo Ministério da Saúde (2003-2005/2014-2015), pela ANS (2005-2011), entre outros, sua colaboração é muito bem-vinda. O primeiro contato com Silvana Souza da Silva Pereira deu-se através de mensagem enviada a seu correio eletrônico pessoal em 06 de dezembro de 2018. A entrevista ocorreu no dia 17 de dezembro de 2018 às 15:20h via aplicativo *facebook messenger*, com duração de 35 minutos e 15 segundos. Cabe salientar que, infelizmente, parte inicial da entrevista foi perdida, o que lamentamos profundamente. Ainda assim, o conteúdo de nossa conversa é de imensa valia.

#### **Pesquisa em fontes secundárias:**

- Pesquisa em bases administrativas:  
Todos os dados relativos às tabelas e gráficos apresentados neste trabalho foram extraídos da ferramenta ANS TabNet<sup>53</sup>, a qual possibilita a tabulação dos dados dos diversos sistemas de informação da agência reguladora. Oferece ainda a consulta sobre beneficiários, operadoras, planos de saúde, ressarcimento ao SUS, dentre outras demandas.
- Pesquisa em artigos de opinião em mídia impressa:  
Foram analisados os artigos de opinião assinados a partir do momento da proposição de um “ensaio” dos planos de saúde acessíveis ocorrido no primeiro governo Dilma<sup>54</sup>, mais exatamente nos primeiros meses de 2013. Assim sendo, selecionamos os artigos de opinião publicados pelo periódico Folha de São Paulo tendo como recorte temporal o

---

<sup>53</sup> Disponível em < <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>> Acesso em 26 de jun. 2019.

<sup>54</sup> Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml>> Acesso em 03 de abr. 2019.

primeiro dia de janeiro daquele ano até o dia 30 de abril do presente ano, utilizando os seguintes descritores: “Plano de Saúde”, “Planos de Saúde” e “Saúde Suplementar”. Durante a etapa de triagem (exclusão de duplicados, exclusão de teor incoerente, etc.) serão avaliados os resumos destes artigos com o objetivo de verificar quais se relacionam direta ou indiretamente com o objeto de estudo.

#### **4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Projeto de pesquisa aprovado pelo CEP/ENSP através do Parecer Consubstanciado nº 2.795.500 de 01 de agosto de 2018 após análise de resposta às pendências emitidas através do parecer nº 2.732.849 de 24 de junho de 2018.

De acordo com as instruções do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP) e da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, apresentamos ao final deste trabalho o Roteiro de Entrevista (Anexo I) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II).

#### **4.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A principal limitação metodológica aqui explicitada é a utilização de um único meio de comunicação em mídia impressa, o que não permitiu uma melhor diversificação de atores sociais. Ainda assim

Uma limitação de ordem teórica reflete-se na necessidade que encontramos de abordar mecanismos como “universalização excludente”, “assimetria de informação”, “seleção adversa” e “risco moral”. Entretanto, não pudemos aplicá-los neste trabalho devido ao contingenciamento de objetivos para tal.

Apresentaremos evidências ao final deste trabalho que demonstram que, apesar das limitações apresentadas acima, os objetivos propostos neste trabalho foram contemplados.

Ainda assim, é mister mencionar que este mestrando deseja continuar suas pesquisas em um futuro programa de doutorado.

## 5 CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E ANÁLISE

### 5.1 PESQUISA EM BASES ADMINISTRATIVAS

Com base nas pesquisas realizadas na ferramenta ANS TabNet, observamos na Tabela 1 que os planos contratados antes da Lei 9.656/98 correspondiam a 69,98% do total dos beneficiários em dezembro do ano 2000. Já no mesmo período do ano de 2018, aqueles planos correspondiam a 8,66% do total de beneficiários, o que sugere um gradual processo de substituição dos planos antigos por planos novos, seja por migração, falecimentos, desistências, etc. Na Tabela 2, apontamos que 80,46% dos planos comercializados são coletivos, sendo que deste total 16,84% correspondem a planos coletivos por adesão. Sabemos que parte destes últimos é conhecida como “falsos coletivos”<sup>55</sup>, sendo esta uma forma de vender planos de saúde a indivíduos e famílias burlando a regulamentação dos planos individuais ou familiares. Na Tabela 3, verificamos que, entre dezembro de 2000 e 2018, os planos individuais ou familiares apresentaram uma evolução de aproximadamente 161%, enquanto os planos coletivos apresentaram uma expansão de aproximadamente 339%, o que nos revela que as operadoras de planos de saúde evitam negociar a primeira modalidade, muito provavelmente devido à rígida - e necessária - regulamentação. Consequência disto é que os planos individuais e familiares tornam-se muito pouco lucrativos para as operadoras e muito caros para os beneficiários. Ao contrário destes, os planos coletivos estão expostos a uma regulação mais amena, inclusive no que tange aos reajustes. O Gráfico 1 vem corroborar a Tabela anterior. Na Tabela 4 é apresentada a distribuição de beneficiários quanto à modalidade, da qual podemos concluir que a filantropia teve o seu número de beneficiários reduzido nos últimos anos devido ao processo de formalização produzido pela Lei nº 12.101/2009. Além disso, inferimos também que a cooperativa médica e a medicina de grupo são os pólos dominantes, enquanto a autogestão tende a ser a mais regulada, pois é fiscalizada pelos próprios empregados das empresas. Na Tabela 5 é apresentada a distribuição de beneficiários quanto à segmentação. Deduzimos ali que 87% dos planos de saúde comercializados são hospitalares, o que revela um mercado de planos ambulatoriais ainda em desenvolvimento, em competição com o SUS, e que pode ser ocupado por planos de saúde populares, o que já ocorre de modo informal. Na Tabela 6 é apresentada a distribuição de beneficiários por Grande Região, População Estimada e

---

<sup>55</sup> Contratos coletivos por adesão compostos por indivíduos sem nenhum vínculo representativo com a entidade contratante do plano de saúde. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2151-nota-de-esclarecimento-sobre-planos-coletivos>> Acesso em 12 de jun. 2019.

Proporção de Nº Beneficiários por Grande Região/População Estimada. Através dos dados informados, observamos que as regiões Sudeste e Sul, além da região Centro Oeste (estimulada pelo Distrito Federal com 29,72% de cobertura de sua população) apresentam números consideravelmente superiores em relação às regiões Nordeste e Norte, o que pode indicar um mercado ainda em desenvolvimento ou de possível expansão a planos acessíveis à população de baixa renda nestas últimas. Na Tabela 7 é apresentada a distribuição de beneficiários de planos de saúde por Unidade da Federação, Capitais, População Estimada nas Unidades da Federação, Proporção de Beneficiários nas Capitais/Beneficiários nas Unidades da federação e Nº de Beneficiários nas Unidades da Federação/População Estimada. Compreendemos que há uma relevante concentração de beneficiários de planos de saúde privados nas Capitais, o que pode revelar um latente potencial de expansão nas cidades do interior das Unidades da Federação. Concluímos, ainda, que algumas Unidades da Federação presentes nas regiões Norte e Nordeste, exatamente estas que apresentam um menor número de beneficiários em comparação à população estimada, possuem grandes concentrações de beneficiários nas Capitais, observação esta que sugere que há uma maior concentração populacional nas capitais das regiões Norte e Nordeste, o que não despertaria o interesse das operadoras de planos de saúde em ocupar espaços de vazio populacional no interior daqueles Estados. Ainda assim, salientamos que mesmo naquelas capitais, o acesso à saúde privada ainda é carente de expansão, conforme a tabela anterior.

## **5.2 PESQUISA EM ARTIGOS DE OPINIÃO EM MÍDIA IMPRESSA**

Como mencionado no capítulo anterior, a pesquisa realizada em artigos de opinião publicadas no periódico Folha de São Paulo, tendo como foco os editoriais Opinião e Colunistas, no período de 01 de janeiro de 2013 à 30 de abril do presente ano retornou os seguintes resultados:

- “Plano de saúde” – 253 resultados;
- “Planos de saúde” – 532 resultados;
- “Saúde suplementar” – 210 resultados.

Após a exclusão de duplicados, exclusão de teor incoerente, entre outros, restaram para análise um total de 208 artigos dentre os 995 resultados iniciais. Destacam-se os principais textos abaixo, salientando que buscamos ordená-los em uma linha do tempo que manifestasse os acontecimentos relativos ao tema durante o período investigado:

Mônica Bergamo informa, em 11/01/2013, que o número de beneficiários de planos de saúde no Brasil chegou a 48,66 milhões (dados de 09/2012), representando um aumento de 2,9% se comparado ao mesmo mês de 2011. É curioso observar que, neste momento, ainda no primeiro governo Dilma Rousseff, o mercado de planos privados de saúde apresenta leve tendência de crescimento.

Em 13/01/2013, Elio Gaspari informa que a ANS suspendeu a venda de 225 planos de 28 operadoras, pois, segundo ele, “não prestavam o serviço que vendiam”. Opina, ainda, que as operadoras não investem em infraestrutura para atender a clientela. Nesta mesma data, Janio de Freitas escreve que a ANS e o IESS cometem um insulto ao designar os usuários de planos de saúde como beneficiários, pois, em seu entendimento, “beneficiários são os planos, que recebem e têm lucros”.

Já em 03/03/2013, Elio Gaspari antecipa o que chamou de “pacote de veneno para a saúde”. Este “pacote” tem a intenção de reduzir os impostos incidentes sobre o setor privado de saúde, além oferecer financiamentos públicos para os hospitais privados. Elio denuncia ainda a venda de planos de saúde a R\$ 56,00 mensais, afirmando, em seguida, que “há um projeto de venda maciça de planos a R\$ 90,00”, ou seja, o projeto dos planos de saúde populares já estava sendo debatido nos bastidores do governo Dilma. Prova disto é que, já em 05/03/2013, Lígia Bahia, Luis Eugenio Portela e Mário Scheffer assinam o artigo de opinião intitulado “Dilma vai acabar com o SUS?”, onde comunicam que encontros a “portas fechadas” vinham sendo realizados entre a presidente Dilma Rousseff e donos de planos de saúde. O objetivo? “Planos de saúde baratos no preço e medíocres na cobertura”. Cláudia Collucci, em 06/03/2013, reforça o coro quando afirma: “O grande filão são os planos baratos voltados para a classe média emergente. Mas não precisa ser doutor em economia para perceber que isso não vai dar certo”. Seu principal argumento é o de que médicos mal remunerados pelos planos desistiriam de atender pacientes destes planos. Ainda abordando este “pacote de veneno”, Hélio Schwartzman, em 16/03/2013, concorda com a possibilidade de o governo oferecer financiamento barato para a ampliação da rede hospitalar privada, pois, segundo ele, “até hotéis de luxo costumam recorrer ao juro camaradas do BNDES”. Entretanto, discorda dos benefícios fiscais oferecidos à classe média alta, complementando: “o governo investe muito mais na saúde dos ricos que na dos pobres”. Hélio reafirma, em 28/05/2013, que é “muito mais simples e eficaz resolver o problema pela via fiscal...”, mas admite a comercialização de “produtos mais simples...” que “incluiriam apenas a realização de consultas e exames laboratoriais de baixa sofisticação”, pois compreende que estes planos aliviariam a demanda sobre o setor público. Sua afirmação final

é curiosa e nos leva à reflexão: “...é o que os planos muito baratos oferecem hoje, com a diferença de que ninguém estaria sendo enganado”.

Maria Cristina Frias, em 13/05/2013, informa que o número de beneficiários de planos de saúde crescia pouco. Segundo o IESS, este pequeno resultado positivo se deve, principalmente, à desaceleração na geração de empregos formais.

Assunto recorrente quando se trata de ANS, o conflito de interesses é tema abordado no artigo “Sinistro na ANS”, assinado por Lígia Bahia e Mário Scheffer. De 24/07/2013, o texto, sem citar nomes, afirma que “dois ex-executivos de planos de saúde acabam de ser nomeados diretores da ANS”. Além disso, os autores apontam “coincidências”, dentre as quais vale destacar: “da empresa que doou legalmente R\$ 1 milhão para a campanha de Dilma Rousseff, saiu o nome que presidiu a ANS até 2012”. Janio de Freitas, em 06/08/2013, aponta: “a ANS é um caso de polícia... é evidente que o caso de polícia se estende até a Presidência da República”. E, ainda sobre o tema, Cláudia Collucci, em 27/08/2013, destaca: “vários diretores que por ali passaram (ANS) tiveram altos cargos nas operadoras de saúde e, depois de deixarem a agência, voltaram para o setor privado, um movimento que já foi apelidado de ‘porta giratória’”.

Em 05/08/2013, Maria Cristina Frias informa que, segundo pesquisa realizada pelo Datafolha, um plano de saúde é o 3º item de desejo dos brasileiros, abaixo apenas de casa própria e educação, respectivamente. Entre os principais motivos que levam uma pessoa a aspirar um plano de saúde estão a qualidade do atendimento (47%), a precariedade da saúde pública (39%), a segurança (18%) e respaldo em emergências (10%).

André Longo, diretor-presidente da ANS entre 2013 e 2015, assina, em 09/08/2013, artigo intitulado “Em defesa de 48 milhões de brasileiros”, onde apresenta números que expressam o rigor com que a ANS, em seu entender, fiscaliza as operadoras de saúde. Cita, ainda, um outro exemplo de preocupação com o consumidor: “a ampliação periódica, criteriosa e responsável do rol de serviços obrigatórios”.

Ex-presidente da Fenasaúde, Marcio Coriolano informa, em artigo de 30/10/2013, que, em pesquisa realizada pela ANS junto a beneficiários de 89 operadoras de planos de saúde, cerca de 72% disseram-se satisfeitos ou muito satisfeitos.

Em 30/11/2013, Arlindo de Almeida, ex-presidente da ABRAMGE, diz que as empresas de saúde ainda buscam se adaptar ao crescimento da participação da classe C devido ao aumento do emprego formal e da renda ocorridos entre 2006 e 2012. Retornando ao que foi expresso por Helio Schwartzman em 16/03/2013, Arlindo observa que, quando se cogita criar uma linha de crédito, via BNDES, com o intuito de ampliar a rede hospitalar e assistencial, “diversos setores

da indústria já contam com linhas de financiamento, e não recebem críticas como o setor da saúde suplementar”.

Já no ano de 2014, mais especificamente no dia 11/03/2014, um dos entrevistados para este trabalho, José Cechin, assina artigo intitulado “Os planos de saúde e a renúncia fiscal”, onde argumenta que “quanto mais desenvolvido é o país, maior é a participação do setor público na saúde”, exceção feita aos Estados Unidos. O autor observa, entretanto, que, apesar da saúde universal e pública figurar como um direito constitucional, existem limitações que impedem a concretização plena deste projeto democrático. Assim sendo, aponta a importância de que Estado e iniciativa privada trabalhem em conjunto, citando o exemplo exitoso das Santas Casas de Misericórdia, as quais recebem incentivos tributários. Tratando especificamente das renúncias fiscais oferecidas aos beneficiários de planos de saúde, Cechin entende que aquelas são nada mais que uma contrapartida em relação aos gastos evitados pelo sistema público, o qual geralmente é superior, e teme que sem esta ferramenta fiscal uma maior parte da população torne-se dependente do SUS. Antagonizando a opinião anterior, Carlos Octávio Ocké-Reis, em 15/03/2014, entende que esta renúncia fiscal reduz a arrecadação do governo federal, evitando que estes recursos sejam aplicados no setor público. Ocké-Reis defende que a renúncia fiscal é um gasto público que afeta o SUS e não acrescenta qualidade aos serviços privados, lembrando que “os subsídios não ‘desafogam’ completamente o SUS, já que a clientela dos planos continua utilizando seus serviços – vacinação, urgência e emergência, banco de sangue...etc”.

“O preço da saúde”, texto assinado pelo médico Dráuzio Varella em 05/04/2014, aponta diversas mazelas no sistema de saúde brasileiro, dentre elas: o preço de medicamentos sofisticados e a descoberta de novas tecnologias supera o valor da inflação, sendo inviável repassar estes valores ao SUS ou aos planos de saúde; o Brasil teve a “ousadia” de declarar a saúde universal como direito do cidadão, mas “esqueceu” de mencionar de onde viriam os recursos para tal. Daí a necessidade da atuação conjunta entre o SUS e a saúde suplementar; a lucratividade média anual das operadoras de saúde giram em torno de 2 a 3% anualmente, tornando as mensalidades cada vez mais inacessíveis; já a situação do SUS revela-se tão caótica quanto, pois não conta com financiamento governamental suficiente, não possui competência administrativa, além de estar envolvida em corrupção. Finalmente, Varella aponta um círculo vicioso que parece não ter solução à primeira vista: hospitais culpam o SUS por remunerá-los com valores muito baixos e os planos de saúde por atrasos no pagamento e por glosar despesas legítimas; os médicos vivem em permanente conflito com o SUS e com a saúde suplementar; e, finalmente, os usuários se indignam com o atendimento prestado pelo SUS e elegem os planos de saúde como notórios campeões de reclamações nos serviços de defesa do consumidor.



Mário Scheffer e Marilena Lazzarini discutem o ressarcimento das despesas geradas ao SUS por clientes de planos de saúde que venham a utilizá-lo. Em artigo de 17/04/2014, observam que a ANS é responsável por identificar os pacientes atendidos pelos SUS, notificar as empresas sobre os valores devidos, além de cobrar a devolução destes. Ocorre que, no entendimento dos autores, a ANS não realiza corretamente seu trabalho, tornando, assim, o volume do ressarcimento insignificante: de 2011 a 2013, o SUS recebeu somente R\$ 447 milhões de possíveis R\$ 3 bilhões devidos, sem contar os atendimentos ambulatoriais. Indicam, ainda, uma série de movimentos políticos que visam privilegiar as operadoras de planos de saúde, tais como as MP 619<sup>56</sup> e 627<sup>57</sup>. Logo em seguida, em 20/04/2014, Elio Gaspari observa que, mesmo que a presidente Dilma Rousseff vete – o que ocorreu – o trecho da MP 627 que reduz as multas aplicadas às operadoras de saúde, fica evidente que seu governo e sua base aliada permitiram sua aprovação no Congresso. Cláudia Collucci, ainda nesta seara, indaga no título de seu artigo de 22/04/2014: “Senado ‘perdoa’ dívida de planos. Dilma endossará?”. Em 15/05/2014, Janio de Freitas informa que “o veto de Dilma Rousseff à redução de multas aplicadas às empresas de planos de saúde sustou uma das maiores imoralidades saídas do Congresso”.

Em artigos publicados nos dias 27 e 29/07/2014, Cláudia Collucci informa que operadoras de saúde como a Unimed, além de operadoras de autogestão como a Cassi, passam a oferecer experiências muito próximas ao PSF (Programa de Saúde da Família), oferecido há mais de 20 anos pelo SUS. Experiências de sucesso na Inglaterra, Espanha, Holanda e Canadá mostram que 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos pelos profissionais do PSF, sem a necessidade do uso de tecnologias sofisticadas.

Sobre um possível excesso de regulação por parte do governo, ou, como alcunha Helio Schwartsman, “excesso de Estado”, este autor, em 17/08/2014, compreende que algumas “comodidades” como planos de saúde serem “obrigados” a oferecer psicólogos, psicoterapeutas, fonoaudiólogos, etc., elevam seus custos, os quais são repassados ao consumidor final. Seria esta uma crítica ao Rol de Procedimentos e Evento em Saúde? Acredito que sim quando o autor ressalta que: “...parece-me muito mais razoável deixar que o cliente

---

<sup>56</sup> Medida Provisória que resultou na Lei 12.873/2013. Sancionada pela presidente Dilma Rousseff, esta MP livra as operadoras de planos de saúde de uma cobrança bilionária do PIS e do COFINS. Disponível em <<https://epocanegocios.globo.com/Informacao/Acao/noticia/2013/10/dilma-sanciona-lei-que-livra-planos-de-saude-de-cobranca-bilionaria.html>> Acesso em 14 de abr. de 2019.

<sup>57</sup> Medida Provisória que buscava, entre outros pontos, reduzir a cobrança de multas aplicadas às operadoras de planos de saúde. Este trecho foi vetado pela presidente Dilma Rousseff. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/467971-PRESIDENTE-DILMA-VETA-REDUCAO-DE-VALOR-DE-MULTA-A-PLANOS-DE-SAUDE.html>> Acesso em 14 de abr. de 2019.

escolha o que quer comprar. Se ele só quer cobertura para emergências médicas, deve poder escolher um plano sem muitos badulaques e por um preço mais em conta”.

Maria Cristina Frias aponta, em 24/08/2014, que a venda de planos de saúde enfrenta o pior 1º trimestre desde 2009. Segundo o presidente da ABRAMGE, Arlindo de Almeida, isto se deve ao progressivo encolhimento das vagas no mercado de trabalho, ao qual o setor de saúde suplementar é intimamente atrelado: 80% dos planos são coletivos, notadamente empresariais, enquanto somente 20% são contratações individuais. Pouco depois, em novo artigo de Frias publicado em 05/09/2014, Marcio Coriolano, presidente da Fenasaúde à época, afirma que a desaceleração econômica ainda não afeta os planos de saúde, mas admite que se a economia apresentar mais sinais de esgotamento a tendência é a de que ocorra uma taxa de crescimento menor do setor.

Pouco menos de uma semana antes do primeiro turno das eleições de 2014, em 30/09/2014, Cláudia Collucci observa que os principais candidatos à presidência não apresentaram propostas concretas para a saúde, o que, curiosamente, repetiu-se no processo eleitoral de 2018.

Entrando no ano de 2015, Cláudia Collucci, em seu artigo “Com a saúde como mercadoria, só rico é bem atendido”, expressa sua opinião de que, com o capital estrangeiro chegando na área de saúde, o SUS corre o risco de ser “atropelado”.

Outro dos entrevistados para este trabalho, Leandro Farias, em 08/02/2015, narra, em poucas palavras, a comovente história de como sua jovem mulher, Ana Carolina Domingos Cassino, de apenas 23 anos, faleceu “por causa de uma apendicite – em pleno século 21 – após esperar 28 horas por essa simples cirurgia em um hospital particular da Barra da Tijuca, no Rio.” Já em 27/05/2015, Leandro observa que o SUS sofreu duros golpes com as MP 627 e 656<sup>58</sup>.

Em 13/04/2015, Maria Cristina Frias retorna, informando que as operadoras de planos de saúde reduziram pela metade o volume de investimentos em 2014, resultado da deterioração do cenário econômico e de outros fatores como o aumento da taxa de juros e uma maior restrição ao crédito. Entretanto, Antonio Carlos Abbatepaolo, diretor-executivo da ABRAMGE, imagina que o ano de 2015 tendem a apresentar um cenário pior, sendo que a entrada de capital estrangeiro no setor deve aliviar estes sintomas negativos.

---

<sup>58</sup> Medida Provisória que autorizou a entrada de capital estrangeiro no setor saúde. Disponível em <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/118627>> Acesso em 16 de abr. de 2019.

Mônica Bergamo, em 08/07/2015, revela que empresas privadas têm pressionado setores do governo no intuito de convencer a presidente Dilma Rousseff a adotar medidas que incentivem a venda de planos de saúde individuais. A principal delas seria a liberação do reajuste de preços. A mesma colunista informa, em 05/08/2015, que diversas entidades de defesa do consumidor foram à Brasília pressionar este mesmo governo a não ceder ao clamor das empresas. Ainda parte da pressão exercida pelas empresas privadas junto à administração federal, Bernardo Mello Franco, em 12/08/2015, demonstra que, segundo levantamento dos professores Mário Scheffer, da USP, e Lígia Bahia, da UFRJ, as empresas doaram R\$ 54,9 milhões a 131 candidatos, além de ajudar a eleger 3 governadores, 3 senadores e 29 deputados federais. Mônica retornou a esta questão em 02/02/2016, quando informou que voltou a ser discutida no governo a possibilidade de que os reajustes de planos individuais e familiares fosse liberado.

Ricardo Melo, em 17/08/2015, mostra que a presidente Dilma Rousseff “afaga os planos de saúde com mais benesses”, e que também pensou em “privatizar” o SUS, o que seria, em seu entender, um desastre social.

Cláudia Collucci pondera em artigo publicado em 25/08/2015 enxerga um SUS subfinanciado, mas que também é assolado por má gestão, ineficiência e corrupção. Apesar destas críticas, a autora se revela uma “fã do sistema”, pois, apesar de possuir um plano de saúde, sempre foi bem atendida quando precisou recorrer ao SUS em momentos de emergência.

Pedro Ramos, diretor da ABRAMGE à época, argumenta, em 05/11/2015, que a saúde suplementar presta um importante serviço à população, sendo, junto ao SUS, um dos pilares do sistema de saúde brasileiro. Cita, ainda, algumas medidas que, em sua visão, fortaleceriam o sistema de saúde sem onerar os cofres públicos: repensar as regras do setor que impedem o funcionamento de planos mais acessíveis, aperfeiçoar a legislação com a intenção de evitar a judicialização da saúde, etc.

Abrindo o ano de 2016, Cláudia Collucci apresenta em dados a dificuldade em se transformar a realidade atual do sistema de saúde nacional: 65% do mercado de saúde, ou quase 30 milhões de pessoas, são beneficiárias de planos coletivos empresariais. Ainda no mesmo texto de 06/01/2016, ela observa que depender do SUS significa, para boa parte da população, ser pobre.

Guilherme Boulos, em seu artigo “Tempestade perfeita”, de 28/01/2016, lembra dos recorrentes problemas de atendimento, além dos inúmeros casos de corrupção, envolvendo as OS (organizações sociais), as quais são geridas privadamente com recursos públicos.

Dráuzio Varella apresenta, em 05/03/2016, um sistema de saúde caótico, à beira do colapso, pois, enquanto a “pobreza” do SUS é notória, a saúde suplementar trabalha com ínfimas margens de lucro.

Cláudia Collucci parece começar a perder a esperanças de um SUS único e universal em seu artigo de 18/05/2016, pois aponta mazelas estruturais que a impedem de prosseguir “no sonho de um projeto de saúde inatingível”: subfinanciamento crônico, ausência de vontade política e má gestão. O Editorial Folha do dia 20/05/2016 compreende que é necessário que o SUS de adequue à sua realidade orçamentária para que possa continuar sendo universal. Pouco depois, em 28/05/2016, Dráuzio Varella aponta os mesmos problemas destacados por Collucci: ausência de recursos orçamentários, de gerenciamento competente e a corrupção, e complementa ainda: “... se não há dinheiro para todos, que os estratos mais ricos da população cuidem da própria saúde e deixem o SUS para os que não têm alternativa”. Carlos Scheffer também demonstra um tom de desânimo ao abordar, em seu artigo de 09/06/2016, a situação do SUS durante o governo Temer, mas não isenta o governo anterior: “... o governo interino (de Michel Temer) vê solução nas parcerias público-privadas e no maior consumo de planos de saúde”. E questiona em seguida: “o que mais poderá ser entregue ao setor privado?”, complementando que, durante o governo Dilma Rousseff houve a abertura do sistema de saúde ao capital estrangeiro, foram concedidas renúncias fiscais a hospitais privados ditos “filantrópicos”, planos de saúde receberam desonerações, etc.

Solange Beatriz Palheiro Mendes debate a possibilidade de que o governo libere um plano de saúde popular de cobertura reduzida. Em 23/07/2016, ela apresenta seus argumentos a favor desta liberação baseada na liberdade de escolha dos consumidores. A autora observa, também, que o governo deveria permitir que estes planos fossem comercializados, pois não há mais dinheiro para se investir no SUS. Argumentos opostos são apresentados por Mário Scheffer nesta mesma data. Ele recorda que as iniciativas favoráveis a planos de saúde populares são retomadas sempre que governos deixam de financiar a saúde adequadamente. Salienta, também, que o baixo preço das mensalidades levaria à redução de honorários médicos, o que acarretaria uma fuga de prestadores de serviços. Ainda nesta discussão, Cláudia Collucci lembra que, pela atual legislação, os planos de saúde são obrigados a oferecer uma cobertura mínima que atenda a todas as doenças do CID10. Em seu artigo de 26/07/2016, Collucci aponta que Ricardo Barros, ministro da saúde à época, argumenta que 85% dos problemas de saúde da população encontrariam solução na atenção básica, mas observa que o maior gargalo no país é por procedimentos de média e alta complexidade, os quais respondem por 42% do orçamento da saúde, enquanto procedimentos como consultas e outras ações de atenção básica respondem

a 14%. A autora salienta o fato destes planos populares não oferecerem atenção integral a seus beneficiários, e, por isso, destaca a importância de estar sempre bem informado antes de aderir a um plano de saúde “meia-boca”. Em 16/08/2016, Collucci relata a criação de um grupo de trabalho pelo Ministério da Saúde com a função de discutir os planos acessíveis. Maria Frias informa, em 20/09/2016, que o governo pretende discutir com as operadoras a possibilidade de que os planos populares tenham regras regionais e uma maior coparticipação dos clientes nos custos, pois estas seriam estratégias que reduziriam o custo final aos beneficiários. Florisval Meinão também comenta a possível criação de um plano de saúde popular e, em 28/12/2016, afirma que os procedimentos de alta complexidade, os mais onerosos, não serão abrangidos por esta proposta, o que ficaria apenas a cargo do Estado.

Maria Cristina Frias destaca, em 22/08/2016, que os planos de saúde verticalizados, aqueles em que a própria operadora gerencia também hospitais e laboratórios, aumentos em 5,7% seu número de beneficiários, enquanto o mercado convencional encolheu em 3,3%. Aquelas operadoras, geralmente de âmbito regional, conseguem oferecer planos mais baratos exatamente por controlarem todas as fases da operação. Já em 13/02/2017, Frias observa o crescimento das empresas de medicina de grupo, as quais tiveram um aumento de 1,2% do número de beneficiários durante o ano de 2016, enquanto as cooperativas médicas amargaram uma queda de 5,4% no mesmo período.

O Editorial Folha do dia 31/08/2016 retorna ao tema ressarcimento ao SUS, revelando que o número de operadoras que cumprem com suas obrigações não supera os 24%. O Estado encontra dificuldade em receber os valores que lhe são devidos por lei, e a principal razão para isto é que as empresas geralmente recorrem, seja na esfera administrativa ou na esfera judicial.

Pedro Ramos, ex-diretor da ABRAMGE, publica em 21/07/2017, artigo intitulado “Em defesa do SUS”, no qual sustenta que, enquanto muitos entusiastas pregam a expansão do SUS e o fim da saúde suplementar, esta última é responsável por trazer ao país as principais inovações em equipamentos, procedimentos, terapias e medicamentos. Observa, ainda, que eliminar o setor privado significaria enviar ao SUS, de uma só vez, cerca de 50 milhões de pessoas. Alexandre Ruschi, em 02/08/2017, concorda com Ramos. Além de entender que os planos populares seriam uma interessante proposta para incluir milhares de pessoas na saúde suplementar, “desafogando” o sistema público, ele afirma que as operadoras de saúde não desistirão, apesar de lidarem com um cenário drástico: “recessão econômica, redução do número de beneficiários, excessiva burocracia e regulação de suas operações”.

Mônica Bergamo, em 03/10/2017, informa que os planos de saúde perderam 700 mil usuários em agosto em comparação com o mesmo mês do ano anterior. Ainda assim, o resultado foi melhor do que entre os anos de 2015 e 2016: uma perda de 1,5 milhão de beneficiários.

Marilena Lazzarini, em seu artigo “A pior reforma”, de 29/11/2017, comenta a proposta reforma da Lei nº 9.656/1998, que discute a ampliação da segmentação da oferta de planos, além de apontar uma orquestração entre o mercado de saúde suplementar, o governo e a ANS com a intenção de aprovar uma série de outras alterações na lei que serviriam apenas para enfraquecer o SUS e fortalece os planos de saúde. Pouco depois, em 22/12/2017, Mônica Bergamo indica que entidades ligadas à defesa do consumidor se mobilizam a fim de “esclarecer a população e conscientizar parlamentares” em relação à proposta de reforma da lei que trata dos planos de saúde.

Cláudia Collucci, em artigo publicado no dia 12 de junho de 2018 indaga se algum presidenciável será favorável à criação de um novo sistema de saúde idealizado pela iniciativa privada, como citado anteriormente neste trabalho. A autora observa ainda que o campo da Saúde Pública é terreno de longa disputa entre a militância do SUS e o setor privado de saúde, observando que os artigos 196<sup>59</sup> e 199<sup>60</sup> da Constituição são prova disto.

Sobre a possibilidade de regulamentação da coparticipação e da franquia nos planos de saúde, proposta pela RN nº 433<sup>61</sup>, da ANS, Reinaldo Scheibe informa que esta Resolução Normativa tão somente ratifica a utilização de dois mecanismos que já são amplamente utilizados no Brasil e no mundo. Argumenta, ainda, que os órgãos de direito do consumidor estão equivocados ao afirmar que que haverá aumento de custos, quando, na verdade, estudos internacionais apontam uma redução de 30 a 40% no preço final dos planos. Neste mesmo dia, 7 de julho de 2018, Marilena Lazzarini rebate o autor anterior, e diz que a ANS tirou esta ideia de regulamentação da proposta dos planos acessíveis, possibilitando assim o surgimento de planos de saúde baratos, mas que escondem pagamentos extras exorbitantes. Lazzarini

---

<sup>59</sup> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Disponível em <[https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_06.06.2017/art\\_196\\_.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp)> Acesso em 21 de abr. de 2019.

<sup>60</sup> A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Disponível em <[https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_14.12.2017/art\\_199\\_.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_14.12.2017/art_199_.asp)> Acesso em 21 de abr. de 2019.

<sup>61</sup> Suspensa em 16 de julho de 2018 pelo STF porque, segundo decisão da Ministra Carmem Lúcia, “a Lei 9.656/1998 não outorgou à ANS a competência legislativa para criar regras, direitos e deveres para os usuários dos planos de saúde e que o fato de que as medidas adotadas pela agência só entrarão em vigor após 180 dias de sua publicação “não infirma a urgência da medida de sobrestamento requerida”. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=384048>> Acesso em 22 de abr. de 2019.

apresenta, ainda, as duas possibilidades previstas de franquia: franquia dedutível acumulada<sup>62</sup> e franquia limitada por acesso<sup>63</sup>.

Maria Inês Dolci, em 17/10/2018, aponta novidades como os cartões de desconto pré-pagos para exames e consultas, os quais, observa a autora, não passam pela regulação da ANS e, assim sendo, não possuem garantias como o rol de procedimentos. O crescimento das vendas desta modalidade deve-se, principalmente, ao momento financeiro dos consumidores, mas também à escassa oferta de planos individuais ou familiares.

Em 03/12/2018, Henrique Prata aponta que: “De um lado, o sistema privado goza de desonerações; de outro, não cobre os custos de seus segurados que utilizam o sistema público. Com a dupla oneração do Estado, quem lucra são as operadoras de planos de saúde, cujos beneficiários correspondem a só um quarto da população.”

Analisando os 62 artigos selecionados acima, chegamos à conclusão que podemos selecioná-los em quatro grandes grupos de opinião, conforme o quadro seguinte:

**Quadro 2.** Pesquisa em artigos de opinião em mídia impressa – Grupos de opinião.

GRUPO DE OPINIÃO	TENDÊNCIAS
<b>Informativo</b>	Neste grupo concentram-se 19 artigos que prezam pela informação acima de quaisquer opiniões críticas. Contando com Mônica Bergamo e Maria Cristina Frias como principais autoras, os tópicos que mereceram maior destaque foram a relação público-privada e o declínio do mercado de saúde suplementar. Acompanhando a linha do tempo dos textos selecionados, apresenta-se como tendência mais importante as sucessivas tentativas de aproximação do privado em relação ao público, com o objetivo maior de expandir sua base de beneficiários, notadamente a partir de planos de saúde populares, além de outras iniciativas;

<sup>62</sup> A operadora não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas no período de 12 meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja atingido o valor previsto no contrato como franquia. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/sala-de-imprensa/releases/consumidor/4513-franquia-e-coparticipacao>> Acesso em 22 de abr. de 2019.

<sup>63</sup> A operadora não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessa prestador de fora da rede de prestadores da operadora. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/sala-de-imprensa/releases/consumidor/4513-franquia-e-coparticipacao>> Acesso em 22 de abr. de 2019.

<p><b>Crítico à Saúde Suplementar</b></p>	<p>Neste grupo concentram-se 26 artigos de opinião, cujos principais autores - Elio Gaspari, Lígia Bahia, Mário Scheffer e Cláudia Collucci – discorrem de forma mais crítica sobre os rumos de políticas públicas que favoreçam o mercado de saúde suplementar em detrimento ao SUS. A tendência aqui é um cenário de permanente conflito entre o público e o privado em busca de espaço. Aponta-se o plano de saúde popular como principal estratégia de expansão do mercado, porém discutem-se outros temas relevantes, tais como o conflito de interesses na indicação de diretores da ANS, o ressarcimento ao SUS, as renúncias fiscais, etc;</p>
<p><b>Favorável à Saúde Suplementar</b></p>	<p>Neste grupo concentram-se 12 artigos, os quais trazem à tona a importância do setor privado para a economia do país, e, inclusive, para o funcionamento do SUS. Destacamos a opinião de um de nossos entrevistados, José Cechin, para o qual é fundamental que o Estado e a iniciativa privada trabalhem em conjunto. Outro autor importante para o debate, Hélio Schwartzman, critica o “excesso de Estado” na economia. A tendência deste grupo é de favorecer a expansão do mercado de saúde privado, pois o consumidor deve ter o direito de escolha;</p>
<p><b>Convergente</b></p>	<p>Neste grupo concentram-se 5 artigos de opinião, os quais compreendem a noção de que o público e o privado podem atuar em conjunto em prol de um melhor sistema de saúde universal. Um dos principais defensores desta ideia é Dráuzio Varella, pois compreende que o SUS é subfinanciado e que a convivência é possível desde que “...os estratos mais ricos da população cuidem da própria saúde e deixem o SUS para os que não têm alternativa.”</p>

Investigando a linha do tempo proposta no início desta pesquisa, concluímos que a todo o tempo o mercado de saúde privado atuou no intuito de buscar a própria expansão, inclusive no que tange à formalização dos já existentes, porém “disfarçados”, planos de saúde populares.



### 5.3 – ENTREVISTAS

Cabe ressaltar, inicialmente, que as transcrições das entrevistas aqui citadas se encontram no ANEXO III deste trabalho.

Com a intenção de tornar a leitura deste trecho do trabalho mais focalizada e ajustada à análise dos resultados do estudo, decidimos dividi-lo em blocos temáticos conforme as questões propostas no Roteiro de Entrevistas (ANEXO I). Assim sendo, a divisão ocorrerá da seguinte forma:

**A** - O bloco **Macro Regulação e Relações Sistêmicas** contará com as questões 2, 3, 4 e 10, que abordarão os conflitos entre os sistemas público e privado de saúde, as possíveis convergências entre eles, a regulação do mercado de saúde suplementar, e uma análise de cenários a curto e médio prazos, respectivamente;

**B** - O bloco **Consumidores** contará com a questão 5, que abordará a vulnerabilidade e os interesses destes frente ao atual regime regulatório;

**C** - O bloco **Flexibilização de Serviços** contará com as questões 6, 7, 8 e 9, que abordarão a flexibilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, os incentivos à expansão de planos privados de saúde, a proposta de planos acessíveis, e os seus obstáculos e facilitadores;

**D** - O bloco **Atuação** contará com a questão 11, que abordará o trabalho das quatro entidades entrevistadas na resolução de conflitos entre Governo, operadoras e consumidores;

**E** - O bloco **Considerações** contará com a questão 12, que abordará os últimos comentários do(a)s entrevistado(a)s sobre o tema.

### APRESENTAÇÃO

Conhecendo a importância das fontes primárias deste estudo, entrevistamos quatro atores que possuem larga experiência no campo da saúde pública e/ou suplementar. É importante salientar que cada um dos entrevistados possui uma visão de saúde bem definida, o que torna esta apresentação ainda mais interessante, pois destaca a busca pelo contraditório.

Já apresentados no Capítulo 3, nossos quatro entrevistados formam um grupo heterogêneo de pensadores estratégicos em saúde:

O(a) primeiro(a) entrevistado(a) é representante de órgão de defesa do consumidor, assumindo assim um papel ativo na proteção aos direitos dos usuários de plano de saúde. Sua

posição é bem definida: um SUS fortalecido é um direito constitucional que deveria ser respeitado, mas não é o que ocorre, deixando, assim, espaço para que o mercado privado atue de forma predatória em relação aos recursos públicos. Afirmou durante sua entrevista que “...a gente trabalha mais na perspectiva de orientar, e numa perspectiva de coletivo, do político, é meio embate mesmo, assim, é bem de bater, assim, a gente: ‘ó, cê tá fazendo errado, não é por aí’.”

O segundo entrevistado alimenta o sonho de um SUS único associado a uma experiência pessoal de grande sofrimento. É representante e fundador de movimento de participação popular em defesa de uma saúde pública digna para todos. Comentou em sua entrevista que “a gente participa de instâncias de participação social, como conselhos, conferências, a gente participa de audiências no Congresso, então a gente debate com os entes públicos a necessidade de reavaliar a forma como a saúde tá sendo tratada.”

O terceiro entrevistado foi Ministro da Previdência no segundo governo de Fernando Henrique Cardoso. Fundador do IESS, ocupava o cargo de diretor-executivo da Fenasáude quando de nossa conversa. Hoje é superintendente-executivo do IESS. Defensor do mercado de saúde suplementar, o entrevistado reconhece a importância do SUS para o país, e assegura “Precisa do SUS, precisa do privado. Isso é assim no mundo inteiro, em todos os cantos. Não há país em que governo não entre para dar atenção à saúde ao conjunto dos seus cidadãos. Normalmente são os mais despossuídos, os que não têm emprego, que não têm renda.”

A última entrevistada é doutoranda em Saúde Pública pela ENSP, instituição em que ela também cursou seu mestrado em Saúde Pública. Atualmente, trabalha como assessora do Senador Humberto Costa. É defensora do SUS como sistema universal de acesso à saúde, porém reconhece a presença de um setor privado de cunho complementar e suas mazelas. Sustenta que “...a relação público-privada, ela sempre foi tensionada, e tensionada com a intenção do privado ganhar mais recursos, e, pra ele ganhar mais recursos, ele tem que prestar menos.”

Conseguimos entrevistar um(a) representante de órgão de defesa do consumidor, um representante de movimento social de assistência aos consumidores, um representante das operadoras de planos de saúde privados e uma representante de longa vivência no órgão regulador. Acreditamos que este conjunto de experiências pode expressar com razoável clareza o atual cenário da saúde no país, agregando o que há de convergente e conflituoso na relação entre o público e o privado.

Não haveria linhas suficientes para agradecer a participação de cada um dos entrevistados(a), todos, sem exceção, dispostos a acrescentar conhecimento a este trabalho. Infelizmente, não foi possível entrevistar um representante da ANS, conforme explicitado no

ANEXO III, mas o contraditório foi encontrado em cada questão do roteiro de entrevistas na figura do representante das operadoras de saúde, o que em muito agregou à discussão, afinal uma visão que destoa das demais engrandece o debate.

## **A - MACRO REGULAÇÃO E RELAÇÕES SISTÊMICAS**

### **a.1 - Conflitos entre os sistemas**

Lembrando que é tratada aqui a questão 2 do Roteiro de Entrevistas, apresentamos dois pólos de análise opostos, pois, enquanto José Cechin, representante das operadoras de saúde, entende que os sistemas público e privado mantêm uma relação sadia de interdependência, Leandro Farias, fundador do Movimento Chega de Descaso, alimenta a imagem de um sistema de saúde ideal, onde o SUS seja devidamente financiado e gerido. Já o(a)s representantes de defesa do consumidor e da saúde pública compreendem o papel da saúde privada no contexto nacional, mas têm suas ressalvas ao comportamento agressivo que o mercado exerce sobre o Governo. Como observamos em nossa trajetória até aqui, a disputa por território no campo da saúde é permanente, e cada lado se utiliza das ferramentas que possui para sobreviver. Enquanto os defensores de um sistema de saúde único e universal apontam o subfinanciamento como principal obstáculo, os simpatizantes do mercado indicam uma convivência possível, porém estão a todo o tempo se utilizando de estratégias de convencimento junto ao poder público com a intenção única de expansão. Como veremos no Quadro 3 abaixo, encontramos nesta discussão diversos temas sensíveis ao nosso trabalho: renúncia fiscal, a possibilidade de um SUS único, ressarcimento ao SUS, etc.

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afirma que esta convivência é possível, porém não é pacífica;</li> <li>• Compreende que, no modelo atual de subsídio cruzado, há uma conduta predatória da saúde suplementar em relação ao SUS;</li> <li>• Busca, através de seu trabalho, minimizar o apetite da saúde suplementar pelos recursos públicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa que o sistema privado não age de maneira complementar, mas competitiva;</li> <li>• Afirma que, desde a concepção do SUS, o mercado tenta assumir a disponibilização dos serviços de saúde;</li> <li>• Acredita que se o sistema público fosse respeitado, fortalecido e gerido adequadamente, não seria necessário haver saúde privada.</li> </ul>
<p>“A saúde suplementar...em alguma medida, concorre com os recursos do SUS,...e o que é possível fazer é minimizar essa concorrência e esse comportamento predatório.”</p>	<p>“...desde a concepção do SUS, a gente percebe que há uma ferocidade por parte do mercado em querer tomar conta...”</p>
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entende que a saúde pública não sobrevive sem a saúde privada e vice-versa;</li> <li>• Destaca que os cidadãos devem ter o direito de escolher entre o público e o privado, e afirma que o orçamento do SUS é limitado, e que a pessoa que paga um plano de saúde não tira um “tostão” do SUS;</li> <li>• Observa, ainda, que as operadoras de saúde devem ressarcir o SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lembra que a Constituição brasileira autoriza a convivência entre os sistemas público e privado de saúde;</li> <li>• Compreende, ainda, que uma relação convergente entre estes setores poderia gerar bons resultados para a população.</li> </ul>
<p>“Não há país em que não se dispense a presença do Estado para dar saúde a um bom conjunto de cidadãos porque será a única alternativa que eles têm. Há um outro conjunto de pessoas, em qualquer sociedade, que têm posses, que têm renda, que por qualquer que seja o motivo queira ter um acesso privado à saúde.”</p>	<p>“...o papel do Estado deve ser de regular adequadamente, para que essa situação seja de interesse público.”</p>

## **a.2 - Convergência entre os sistemas**

Lembrando que é tratada aqui a questão 3 do Roteiro de Entrevistas, José Cechin não percebe conflitos nesta relação, enquanto Leandro Farias alerta para o risco de uma completa desestruturação do SUS. Já o(a) representante de órgão de defesa do consumidor busca evitar a ruptura do sistema através de estratégias que aliviem a pressão exercida pelo mercado de saúde suplementar sobre o poder público, enquanto Silvana Pereira não enxerga a possibilidade de

ruptura. Compreendemos que o rompimento é possível, porém remoto, pois há trinta anos as forças que competem pelo mercado de saúde convivem, mesmo que conflituosamente. Há, evidentemente, como apresentamos em nossos argumentos até aqui, uma tendência de que o atual governo favoreça alguns interesses privados, mas acreditamos que os movimentos em defesa do setor público compensarão possíveis desvios.

**Quadro 4.** Entrevistas – bloco temático Macro Regulação e Relações Sistêmicas (convergência entre os sistemas).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Afirma que trabalha para que a pressão exercida por determinados grupos econômicos não leve à ruptura do sistema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lembra que o SUS não foi criado pelos parlamentares, mas é oriundo de uma construção popular;</li> <li>Acredita que a sociedade deve manter o sistema público funcionando, pois, se depender dos “representantes do povo”, ele será completamente desestruturado.</li> </ul>
“...no nosso entendimento...é possível que a ruptura aconteça”	“como é que pode em um país, que tem lá no seu principal documento que a saúde é um dever do Estado, universal, gratuita, e ao mesmo tempo a gente percebe uma expansão do mercado...há uma grande contradição nisso...”.
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Não enxerga conflitos na relação público-privada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descarta a possibilidade de uma ruptura entre os sistemas.</li> </ul>
“A pessoa tem plano de saúde, ela tem o direito de buscar o SUS sempre que ela quiser. Ela não abdicou desse direito, nem ficou desobrigada do dever de pagar suas contribuições sociais.”	“Não acredito numa ruptura. O sistema político não permite.”

### a.3 - Regulação

Lembrando que é tratada aqui a questão 4 do Roteiro de Entrevistas, alguns tópicos fundamentais são discutidos neste bloco temático. O(A) representante de órgão de defesa do consumidor quando este(a) afirma que o sistema de saúde suplementar é mal regulado, pois são muitas as denúncias de multas não pagas, além de ressarcimentos atrasados por conta de intermináveis processos judiciais. Traz, ainda, à tona o “vazio regulatório” no que tange aos planos coletivos, o que acarreta um conjunto de consumidores vulneráveis frente ao poder

econômico de uma operadora de planos de saúde. Além disso, o fenômeno da “captura regulatória” é lembrado por Leandro farias, pois este tema sempre retorna às discussões quando uma nova diretoria assume a ANS. José Cechin compreende que há um excesso de regulação por parte da ANS, e que este fator impede a comercialização de planos de saúde individuais. Já Silvana Pereira destaca a ausência de iniciativa política da ANS. É fato que o *laissez faire* que permeava a saúde privada no período anterior à publicação da Lei nº 9.656/98 era nocivo aos consumidores de planos de saúde, pois estes não dispunham de poder de barganha frente às operadoras. Entretanto, apesar da regulamentação por parte da ANS ter evoluído com o tempo, ainda encontramos falhas regulatórias importantes, algumas citadas por nossos entrevistados, tais como os planos “falso coletivos”, e outras que investigamos durante o percurso deste trabalho, como os cartões de desconto, os cartões pré-pagos e as clínicas populares, modalidades de saúde que operam de maneira informal e vêm ganhando espaço importante no debate.

**Quadro 5.** Entrevistas – bloco temático Macro Regulação e Relações Sistêmicas (regulação).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Ele é mal regulado”, garante;</li> <li>• Afirma, ainda, que há um vazio regulatório quando se trata de planos coletivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece a excelência dos quadros técnicos da ANS;</li> <li>• Salienta que a ANS não está imune às pressões do mercado.</li> </ul>
“..uma parte é vazio, uma parte é problema em efetivar a própria regulação”.	“...infelizmente os cargos de comando dessa agência...a diretoria, ela é composta por indicação política...”.
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustenta que a assimetria de informação impede o funcionamento perfeito de um mercado em livre concorrência, e daí a necessidade de regulação;</li> <li>• Observa que há a regulação que corrige as assimetrias de informação (ao contratar um plano, o segurado deve informar à operadora seu estado atual de saúde), e outra corrige os preços;</li> <li>• Compreende que a regulação é necessária devido à hipossuficiência dos consumidores frente às operadoras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afirma que a regulação do setor privado de saúde é adequada;</li> <li>• Observa que a agência reguladora carece de iniciativa política, além de sofrer com conflitos de interesse.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acredita que a ANS exerce uma micro regulação e isto não seria necessário.</li> </ul>	
<p>“Eu acho que há regulamentações necessárias e positivas. Há regulamentações que são claramente excessivas ou que não estão bem feitas”.</p>	<p>“Acho que é regulado o suficiente, o que acho é que há conflito de interesse na atuação do órgão regulador.”</p>

#### a.4 - Análise de cenários

Lembrando que é tratada aqui a questão 10 do Roteiro de Entrevistas. Com exceção de José Cechin, que argumenta a favor da intensificação da relação entre o público e o privado, o(a)s outro(a)s entrevistado(a)s anunciam um horizonte difícil para o SUS. Leandro Farias observa que é real a possibilidade de que antigas demandas do setor privado sejam atendidas neste momento, enquanto o(a) representante de órgão de defesa do consumidor imagina que o SUS possa ser “devorado” pela saúde suplementar. Já Silvana Pereira aponta, ainda, que o Ministro Luiz Henrique Mandetta foi funcionário de operadora de saúde privada, o que poderia significar uma aproximação com este setor. Acreditamos que a EC95 venha a favorecer a expansão do mercado privado de saúde, pois limita os gastos com saúde a um teto máximo, o que obriga o sistema público a ser melhor gerido se quiser sobreviver a longo prazo. Além disso, como acompanhamos durante este estudo, o mercado, após um breve período de contração, retorna com esforço redobrado no sentido apresentar propostas efetivas de ampliação de sua base de beneficiários.

**Quadro 6.** Entrevistas – bloco temático Macro Regulação e Relações Sistêmicas (análise de cenários).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acredita que a proposta dos planos acessíveis camufla a intenção de capacitar gestores de planos de saúde e hospitais para que a atenção primária fosse terceirizada, e cita como exemplo o modelo de OS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teme que antigas agendas do mercado - como os planos acessíveis - avancem a curto e médio prazos.</li> <li>• Observa que a EC95 tem poucas chances de ser revogada no novo governo.</li> </ul>
<p>“Percebo uma conjuntura muito difícil pro público nesse momento, e o privado talvez o devore”.</p>	<p>“...na perspectiva do mercado, a EC 95 e os planos populares se complementam...”.</p>
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argumenta sobre a importância da intensificação da relação entre o público e o privado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destaca que sempre existiu um elevado grau de tensionamento entre o público e o privado em saúde;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acredita que propostas como os planos acessíveis, a coparticipação e a franquia, tendem a retornar aos debates durante o novo governo;</li> <li>• Ressalta que o novo Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, possui um perfil alinhado ao setor de saúde suplementar.</li> </ul>
<p>“...precisa intensificar esta relação. Hoje a relação é apenas uma e financeira”.</p>	<p>“eu acho que vai ser muito ruim, a gente vai perder muito, o setor perde, pode não perceber isso num primeiro momento, e o consumidor principalmente”.</p>

## B - CONSUMIDORES

### b.1 – Vulnerabilidade

Lembrando que é tratada aqui a questão 5 do Roteiro de Entrevistas, o(a)s quatro entrevistado(a)s abordaram a assimetria de informações em suas falas, o que já sinaliza o reduzido poder de barganha dos consumidores junto às operadoras. Segundo o(a) representante de defesa do consumidor, a regulação do setor não consegue impedir que injustiças ocorram. Silvana Pereira acredita que, devido à ausência de informação adequada, o consumidor acaba comprando o plano que melhor “cabe no seu bolso”. José Cechin acredita que não há vulnerabilidade, desde que o consumidor esteja em idade ativa, possua renda e instrução, pois este poderá buscar reparação de seus danos junto à ANS, ao poder judiciário, etc. Já Leandro Farias concorda com o(a)s primeiro(a)s. Observamos que existe uma relação de constante tensão entre os consumidores e as operadoras, devido, principalmente, a uma característica intrínseca de qualquer acordo comercial. Este quadro tende a se agravar quando este acordo é pouco conhecido por uma das partes – geralmente a mais frágil -, pois ela perde seu poder de barganha. Importantes mecanismos econômicos como seleção adversa e risco moral serão melhor analisados e compreendidos em um futuro curso de doutorado, conforme explicitado nas Limitações do Estudo.



**Quadro 7.** Entrevistas – bloco temático Consumidores (vulnerabilidade).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Compreende que o consumidor tende a ser a parte mais vulnerável em qualquer relação de consumo, e a regulação deveria diminuir esta assimetria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acredita na assimetria de informações, e cita como exemplo a falta de transparência na metodologia de cálculo de reajustes de planos de saúde.</li> <li>Afirma que diversas medidas polêmicas são tomadas, e os usuários, por falta de informação, não conseguem questioná-las.</li> </ul>
“...a regulação tá...aí pra mitigar essa assimetria de poder,...o que a gente vê não é isso acontecer...”	“Como que o usuário vai poder ter ferramentas e conhecimento pra poder questionar um reajuste aplicado por uma empresa que tem em seu corpo diversos especialistas, diversos profissionais?”
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Não reconhece que um consumidor em faixa etária ativa, com renda e instrução, seja vulnerável frente ao atual regime regulatório, pois este visa protegê-lo;</li> <li>Lembra que a informação é a melhor maneira de se evitar a vulnerabilidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observa que os consumidores estão em posição vulnerável;</li> <li>Aponta a falta de informação como uma das principais causas desta situação.</li> </ul>
“...eu acho que a regulação veio exatamente pra suprir essas situações de vulnerabilidade das pessoas”.	“Ele não soube escolher a melhor forma de compra...o consumidor acabava escolhendo aquilo que lhe era ofertado de acordo com a sua capacidade de compra...”

## **C - FLEXIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS**

### **c.1 - Redução de serviços**

Lembrando que é tratada aqui a questão 6 do Roteiro de Entrevistas, surge como único defensor desta possibilidade o representante das operadoras, José Cechin. Reconhecemos que a cesta de procedimentos oferecida pelo SUS é muito superior em qualidade e quantidade ao rol de procedimentos que deve ser ofertado pelas operadoras, porém, em um cenário em que o plano de saúde é o terceiro maior sonho<sup>64</sup> de consumo do brasileiro, é possível que o advento de um plano de saúde popular regulamentado encontre terreno para expansão, afinal o número de beneficiários de planos populares informais não pára de crescer. Esclarecemos, entretanto,

<sup>64</sup> Disponível em < <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=202> > Acesso em 20 de mai. de 2019.

que esta modalidade de plano precisa oferecer um rol mais restrito de serviços, pois somente assim poderia sobreviver cobrando valores mais acessíveis.

**Quadro 8.** Entrevistas – bloco temático Flexibilização de Serviços (redução de serviços).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informa que a Lei nº 9656/98 diz que a cobertura deve englobar todas as doenças previstas na CID. Entretanto, o rol lista procedimentos e, ao limitá-los, ele pode criar empecilhos à cobertura da doença;</li> <li>• Aponta, ainda, duas iniciativas com a finalidade de flexibilizar a legislação e diminuir cobertura: a primeira, via executivo, é a proposta dos planos acessíveis; a segunda, via legislativo, é a PL 7419<sup>65</sup>, que tramitou em paralelo com o Ministro Ricardo Barros;</li> <li>• Observa também que já existe a segmentação assistencial dos planos de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afirma que o rol de procedimentos e eventos em saúde não pode ser comparado à cesta de serviços disponibilizada pelo SUS;</li> <li>• Lembrando que este o SUS abrange promoção, prevenção, recuperação, proteção, etc.</li> </ul>
<p>“O argumento é o seguinte: o consumidor, ele tem que ter o direito de ter um plano de saúde que cabe no bolso dele. Se ele pode ir de Gol, por que ele tem que ir de Vectra? Quando eu acho que o debate não é se é Gol e Vectra, é se vai ter <i>airbag</i>, é se vai ter pneu....a gente entende o próprio rol como uma limitação de cobertura.”</p>	<p>“essa proposta de planos populares, e essa ideia de flexibilização do rol de procedimentos,...isso é uma armadilha.”</p>
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostra-se favorável a um “plano de cinquenta reais” com direito a consultas, exames não muito sofisticados, etc.</li> <li>• Salienta que há no mercado clínicas populares e empresas que oferecem cartões desconto, cartões pré-pagos, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É totalmente contrária à ideia porque entende que a saúde suplementar deve oferecer assistência integral.</li> </ul>
<p>“Eu acho que as pessoas deveriam ter esse direito de escolher planos alternativos com coberturas diferentes...”</p>	<p>“...é uma relação de saúde...é impossível você reduzir a garantia que ele (o consumidor) tem de acordo com o que o Estado diz que ele tem que fazer.</p>

<sup>65</sup> Projeto de Lei, o qual, segundo seu relator, o deputado federal Rogério Marinho, tratará, entre outros do rol de coberturas, da diminuição do número de planos de saúde, do fato de que a Agência Nacional de Saúde surgiu depois da edição da lei que estruturou o setor, etc. Disponível em <<https://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 20 de mai. de 2019.

## c.2 - Incentivos à expansão de planos privados de saúde

Lembrando que é tratada aqui a questão 7 do Roteiro de Entrevistas, o(a) representante do órgão de defesa do consumidor revela sua preocupação com o atual momento político do país, pois compreende que para Michel Temer “a resposta é plano de saúde”. Leandro Farias vai um pouco mais longe, e aponta as renúncias fiscais como o principal incentivo governamental ao setor privado. Silvana Pereira aponta uma constante pressão das operadoras sobre o poder público com a intenção de expandir se mercado através da flexibilização do rol de procedimentos, etc. José Cechin não identifica estímulos governamentais às operadoras de saúde, mas espera que o setor privado ocupe mais espaço na agenda do novo Governo. A renúncia fiscal é, sem dúvidas, um notável incentivo ao mercado privado de saúde, e o próprio Paulo Guedes<sup>66</sup>, atual Ministro da Economia, parece pensar da mesma maneira: “Quer dizer que os mais pobres gastam R\$ 100 bilhões e você dá para os mais favorecidos... você deixa eles levarem R\$ 20 bilhões?” Existe, todavia, como estudamos anteriormente, um movimento constante do mercado em busca de ampliação de base de beneficiários, e, talvez, este seja o melhor momento social e político para que suas estratégias entrem na agenda governamental. O atual Ministro da Saúde já deixou evidente sua intenção de levar pautas que foram rejeitadas anteriormente à nova apreciação pelo Governo.

**Quadro 9.** Entrevistas – bloco temático Flexibilização de Serviços (incentivos à expansão de planos privados de saúde).

DEFESA DO CONSUMIDOR	DEFESA DO CIDADÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recorda que os planos de saúde ajudaram a financiar a primeira campanha de Dilma Rousseff à presidência da República e que, em seu primeiro governo, houve uma movimentação em torno de uma proposta de planos de saúde acessíveis às classes C e D.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa que estímulos à ampliação da oferta de planos de saúde vêm desde o período dos governos militares., tendo a renúncia fiscal como principal incentivo.</li> <li>• Relata ainda as dívidas bilionárias das operadoras de planos de saúde com o SUS, seja por multas ou ressarcimentos não pagos. Outro estímulo importante é a concessão de linhas de crédito para o financiamento de redes hospitalares.</li> </ul>
<p>“Isso tá coordenado, isso não vem descolado...vem junto, é um ‘pacotinho’.”</p>	<p>“Então eu posso lhe dizer...que o mercado, o sistema privado, é um parasita do sistema público.”</p>

<sup>66</sup> Disponível em < <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/05/correcao-da-tabela-do-ir-reduziria-de-r-60-bilhoes-diz-guedes.shtml>> Acesso em 20 de mai. de 2019.

VISÃO DAS OPERADORAS	VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece o esforço das operadoras no sentido de pleitear uma maior diversidade de produtos junto ao Governo;</li> <li>• Não enxerga qualquer incentivo governamental. Apenas o governo Temer, com a proposta dos planos acessíveis, sinalizou uma possível flexibilização das regras atuais, mas nada foi aprovado;</li> <li>• Sobre a indicação de Luiz Henrique Mandetta ao Ministério da Saúde, entende que o setor de planos de saúde será favorecido, mas acredita que “vai estar na agenda”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica uma pressão das operadoras para aumentar a comercialização dos planos individuais através da redução do rol de procedimentos, planos com regulação flexibilizada, etc.</li> </ul>
<p>“O empresário que foi ao governo pedir. O governo, que eu saiba, disse não. Não deu andamento a nada”.</p>	<p>“Essas operadoras começaram a se organizar e pressionar o governo... pra que eles pudessem vender mais”.</p>

### c.3 - Planos acessíveis

Lembrando que é tratada aqui a questão 8 do Roteiro de Entrevistas, José Cechin acredita que o SUS chegou ao seu limite orçamentário, e que uma proposta como a dos planos acessíveis “desafogaria” o sistema público. O(a)s outro(a)s entrevistado(a)s se opõe à possível segmentação que ocorreria caso esta modalidade de planos fosse autorizada, pois compreendem que o SUS é especializado em atendimentos de baixa complexidade, exatamente o mercado que seria atingido por esta proposta. Ou seja, os clientes que aderissem aos planos acessíveis passariam, teoricamente, a buscar o SUS somente para os procedimentos de média e alta complexidade, exatamente aqueles mais dispendiosos. Como observamos no Capítulo 2, a ANS não concordou com a formalização do mercado de planos acessíveis, pois, em seu entendimento, a maioria das proposições do Ministério da Saúde já era em colocada em prática na época.

**Quadro 10.** Entrevistas – bloco temático Flexibilização de Serviços (planos acessíveis).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aponta que a proposta dos planos acessíveis não oferece nada diferente do que já existe no mercado.</li> <li>• Acredita que os planos de saúde desejam assumir a baixa e a média complexidades porque são menos dispendiosas;</li> <li>• Reconhece que um plano de saúde popular seria, provavelmente, muito bem recebido pela população.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa que o SUS enfrenta seus maiores desafios na média e alta complexidades;</li> <li>• Ressalta que Estratégia de Saúde da Família promoveu avanços importantes na baixa complexidade.</li> </ul>
“Você tá deixando o ‘filé’...pra saúde suplementar, e o SUS fica com a ‘bucha’, considerando que ele já tem menos recursos e ele atende mais gente”.	“Consultas básicas e exames básicos você consegue sem problemas hoje na rede. O grande problema é média e alta complexidade.”
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afirma que filas no setor público são normais em qualquer sistema de saúde do mundo;</li> <li>• Acredita que, no caso brasileiro, esta fila será proporcionalmente inversa ao tamanho do sistema privado de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não acredita que a solução seja segmentar a atenção, pois a média e a alta complexidade ficariam a cargo, quase que exclusivamente, do SUS.</li> <li>• Enxerga as clínicas populares como uma ameaça aos planos de saúde, pois o consumidor pode pagar uma consulta a valores mais baixos em busca de um diagnóstico, e depois recorrer ao SUS.</li> </ul>
“O SUS, hoje, como está e com o dinheiro que tem, não consegue atender a todos os brasileiros numa velocidade que seja razoável.”	“Não vai facilitar a vida do SUS...ele vai ‘desafogar’ a atenção básica, e vai ‘afogar’ mais ainda a média e alta complexidade...”

#### **c.4 - Obstáculos e facilitadores**

Lembrando que é tratada aqui a questão 9 do Roteiro de Entrevistas, Silvana Pereira e o(a) representante de órgão de defesa do consumidor apontam a resistência civil organizada como o principal obstáculo; Leandro Farias aponta que os planos acessíveis irão reduzir coberturas e criar mecanismos de franquia e coparticipação; José Cechin avalia que a proposta foi apresentada à população de maneira equivocada, ocasionando uma interpretação negativa por parte dos consumidores. Sem dúvidas, o melhor mecanismo de resistência às propostas que já estão surgindo de flexibilização da regulamentação existente é a mobilização organizada da

população e dos movimentos em defesa do SUS. A conjuntura atual é favorável ao mercado privado em saúde.

**Quadro 11.** Entrevistas – bloco temático Flexibilização de Serviços (obstáculos e facilitadores).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enxerga a resistência da sociedade civil organizada como principal obstáculo;</li> <li>• Reconhece a conjuntura favorável como facilitadora, além da quantidade de recursos de que as empresas dispõem para “conversar” com os tomadores de decisão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aponta que, para serem implantados, os planos acessíveis, além de reduzir coberturas, deverão criar mecanismos de franquia e coparticipação.</li> </ul>
“...esse argumento da saúde...como algo que você consome...faz a consulta...faz um exame.”	“A partir do momento que você começa a envelhecer, adoecer, criam-se meios e mecanismos para que você seja, digamos assim, expulso do plano.
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entende que a proposta dos planos acessíveis foi apresentada à população como um plano para os dois milhões de brasileiros que haviam perdido acesso à saúde privada, quando o real objetivo era oferecer acesso aos trinta milhões de brasileiros que desejam ter um plano de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afirma que os órgãos de defesa do consumidor são o principal obstáculo à proposta.</li> <li>• Os facilitadores seriam o contexto político favorável e a própria atuação do atual ministro.</li> </ul>
“...eu acho que tem espaço pra ter, tem muitos brasileiros que desejariam ter um produto de saúde mais acessível...”	“Eu acho que tem um clima favorável pra aprovação neste momento...órgãos de defesa do consumidor vão ter que trabalhar muito fortemente pra conseguir evitar...”

## **D - ATUAÇÃO**

### **d.1 - Resolução de conflitos**

Lembrando que é tratada aqui a questão 11 do Roteiro de Entrevistas, apresentamos abaixo o trabalho realizado por cada um(a) do(a)s entrevistado(a)s no que tange à relação entre os três principais atores da dinâmica público-privada. Ressaltamos a importância destes quatro atores em seus campos de atuação, o que enobrece o presente trabalho.

**Quadro 12.** Entrevistas – bloco temático Atuação (resolução de conflitos).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalha em um órgão de defesa do consumidor que atua na dinâmica que ocorre entre o Governo, as operadoras, e os executores dos serviços;</li> <li>• Atua na representação dos interesses da população de duas maneiras: no que tange aos consumidores: informando -os sobre seus direitos; no que tange ao Governo e às empresas: utiliza a estratégia de expor o que está errado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serve aos interesses individuais e coletivos dos usuários do SUS e dos usuários da saúde suplementar;</li> <li>• O movimento atua com <i>advocacy</i>, e tem em seu quadro advogados, psicólogos, serviço social, economistas, jornalistas, etc.</li> </ul>
“O consumidor, ele é jogado entre dois grandes <i>players</i> , dois grandes ‘cachorros’...”	“...a gente também atua em defesa de uma saúde digna, humanizada e acessível”.
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enxerga a relação entre as operadoras de saúde e os consumidores como uma relação comercial;</li> <li>• Critica o beneficiário que exige aquilo que não foi contratado;</li> <li>• Censura as operadoras que deixam de cumprir com suas obrigações;</li> <li>• Atua informando os consumidores de seus direitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanha a pauta legislativa da área da saúde;</li> <li>• Realiza avaliações de projetos;</li> <li>• Junto ao Ministro Humberto Costa, apresenta emendas caso necessário.</li> </ul>
“...a relação operadora e beneficiário é uma relação de polos opostos. Uma vende e cobra mensalidade, o outro quer o serviço”.	“A gente atua muito diretamente...tanto nos projetos de lei como na atuação da agência.”

## **E - CONSIDERAÇÕES**

Espaço para o(a) entrevistado(a) apresentar, caso deseje, acréscimos ou correções ao texto até aqui reproduzido.

### **e.1 - Comentários finais**

Lembrando que é tratada aqui a questão 12 do Roteiro de Entrevistas, seguem abaixo as palavras finais dos entrevistado(a)s:

**Quadro 13.** Entrevistas – bloco temático Considerações (comentários finais).

<b>DEFESA DO CONSUMIDOR</b>	<b>DEFESA DO CIDADÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salienta que o SUS é um projeto muito bom e interessante;</li> <li>• Não gostaria de deixar transparecer que, apesar de algumas críticas, o SUS é ruim;</li> <li>• Entende o SUS como um projeto em construção, e que precisa de financiamento adequado para que possa ser aprimorado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa que a defesa da saúde deve estar ligada à defesa do direito à educação, à defesa do direito à moradia, etc, pois este é o conjunto da cidadania;</li> <li>• Defende também o permanente enfrentamento, pois o mercado é poderoso e tem recursos.</li> </ul>
<b>VISÃO DAS OPERADORAS</b>	<b>VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseja sucesso neste projeto e aprova a escolha do tema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferece o envio de sua monografia para leitura, o que é prontamente aceito.</li> </ul>



## 6 CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, gostaríamos de ressaltar que o presente estudo carece de investigação mais aprofundada, sobretudo nas questões apontadas nas Limitações do Estudo. Ainda assim, acreditamos que nossos objetivos foram alcançados, como discutiremos a seguir:

Buscamos primeiramente descrever e analisar o mercado de saúde suplementar no país, o que foi realizado no decorrer do Capítulo 1. Colhemos ali importantes subsídios através da ferramenta TabNet, disponível no sítio da ANS, e, pudemos concluir através de sua análise, que o mercado de saúde privado formal vem, desde o ano de 2015, perdendo uma parte substancial de seus beneficiários, os quais estão migrando rapidamente para o SUS, para modelos de planos de saúde mais simples e baratos, e até mesmo para planos informais não normatizados pela agência reguladora, tais como cartões de desconto, cartões pré-pagos e planos oferecidos por clínicas populares.

Logo em seguida, investigamos possíveis incentivos governamentais à expansão de planos de saúde privados, o que foi contemplado no capítulo 2. Vislumbramos esta necessidade devido ao permanente conflito que ocorre entre o público e o privado em busca por espaço no terreno da saúde. Discutimos a proposta de criação de um plano de saúde popular, formalizado através do Ministério da Saúde e enviado para a apreciação da ANS. Este plano contaria com reduções de coberturas previstas no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde, pois esta seria a única maneira de reduzir seu custo aos beneficiários. Haveria também, em alguns casos, um fator moderador de coparticipação, dentre outras proposições, tais como protocolos clínicos definidos, rede hierarquizada, etc. Esta proposta foi refutada pela ANS após a criação de um grupo de trabalho dedicado ao tema, além de debates com a sociedade. Ao final deste período de discussões da proposta, percebemos que planos muito similares a esta modalidade já são ofertados por diversas clínicas populares ou mesmo se aproximam em forma dos planos individuais mais básicos, os quais oferecem planos ambulatoriais com emergência. Além disso, como citado acima, há um leque de iniciativas informais de expansão em curso no país. Observamos ainda que a ANS regulamenta fortemente os reajustes dos planos de saúde individuais<sup>67</sup>, o que acarreta a negativa das operadoras em oferecer novos planos de saúde individuais. Seria possível uma flexibilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde,

---

<sup>67</sup> Disponível em <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude>> acesso em 13 de abr. 2018.

visto que este serve como barreira de entrada? E, caso esta fosse aprovada, haveria demanda na população por novos planos de saúde com preço mais acessível e menor cobertura?

Já no Capítulo 3, dedicamo-nos à metodologia que serviu de estrutura a este trabalho, a qual contou com pesquisa em fontes primárias – entrevistas com atores de destaque no campo da saúde pública e suplementar – e fontes secundárias – pesquisa em bases administrativas e em artigos de opinião em mídia impressa –, além de apresentar as Considerações Éticas e as Limitações do presente estudo.

Em seguida, discutimos os efeitos combinados entre a expansão do SUS e dos planos privados de saúde, além de alguns cenários possíveis dentro desta relação, o que foi alvo de reflexão no capítulo 4, onde pudemos contar com os subsídios da pesquisa em bases administrativas, da pesquisa em artigos de opinião em mídia impressa, e das entrevistas realizadas com atores de reconhecida atuação no âmbito da saúde pública e da saúde suplementar.

Foi a partir da aprovação da PEC 55 em dezembro de 2016, a qual limita os gastos públicos em saúde e outras áreas pelo prazo de 20 anos, que justificamos este trabalho de pesquisa pela busca de alternativas privadas que possam suprir as possíveis deficiências de atendimento que venham a surgir com a restrição de financiamento ao SUS, além dos conhecidos problemas de gestão deste sistema.

Tendo o mercado de saúde suplementar apresentado considerável declínio no número de beneficiários nos últimos anos, não surpreende o fato de que se busquem estratégias de expansão visando à recuperação, ou mesmo à superação, do patamar anterior. A principal proposição que estudamos foi a dos planos de saúde populares ou acessíveis. Durante nossa caminhada, deparamo-nos com outras modalidades de planos que já são comercializados de maneira informal, ou seja, sem regulamentação por parte da ANS, e que em muito se assemelham à proposta do ex-Ministro da Saúde Ricardo Barros.

Concluimos, então, de posse das informações que analisamos, que o mercado encolheu consideravelmente no que tange aos planos de saúde formais, mas que houve notável expansão naqueles considerados informais, o que provoca uma forte reação das operadoras de saúde, e, manifesta ainda, um desejo da população em adquirir planos de saúde. Ou seja, identificamos, além de um movimento recorrente nas operadoras de saúde em busca de ampliação de mercado, um intenso movimento social em direção à saúde privada, regulamentada ou não – notadamente o modelo de saúde que oferece reduzidas garantias e, conseqüentemente, atrai o beneficiário com reduzida capacidade de pagamento. Finalmente, destacamos que o processo de negociação

que ocorre silenciosamente nos bastidores do Governo, somado à conjuntura macro política que o país atravessa, leva-nos a acreditar que alterações significativas serão produzidas a curto e médio prazos favorecendo as operadoras de saúde, o que acarretará, sem dúvidas, reação proporcional da sociedade civil organizada.

## ANEXO I ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Nome do entrevistado(a) \_\_\_\_\_

Vínculo institucional: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_h às \_\_\_\_:\_\_\_\_h

- 1 – Defina resumidamente, por gentileza, sua trajetória profissional no campo da saúde no que tange à saúde suplementar.
- 2 – Em sua opinião, é possível que a saúde pública e a saúde privada coabitem em um mesmo sistema? Por que?
- 3 – Caso sua resposta à questão anterior seja positiva, os conflitos existentes são administráveis ou há chance de uma ruptura definitiva?
- 4 - O mercado de saúde suplementar, em sua opinião, é pouco ou muito regulado? Por que?
- 5 - Você considera os consumidores de planos de saúde em posição vulnerável no atual regime regulatório? Por que?
- 6 – Você é favorável ou contrário(a) à flexibilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde? Por que?
- 7 – Você identifica, nos últimos anos, principalmente a partir do primeiro governo Dilma Rousseff, incentivos governamentais à expansão de planos privados de saúde? Quais?
- 8 – Analisando os efeitos combinados entre a expansão do SUS e a expansão dos planos privados de saúde, seria possível que uma proposição como a dos planos acessíveis viesse a “desafogar” os atendimentos prestados pelo SUS (notadamente nos atendimentos de baixa e média complexidade)?
- 9 – Quais os obstáculos que você enxerga na proposta da questão anterior? Por que? E quais os facilitadores? Por que?
- 10 – Quais as suas perspectivas para o cenário a curto e médio prazos na relação entre o público e o privado em saúde? Por que?
- 11 - Como você percebe a atuação do(a) (local de atuação do entrevistado(a)) nos conflitos entre Governo, operadoras e consumidores no contexto atual?
- 12 – Gostaria de acrescentar alguma informação ao tema?

## **ANEXO II TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Políticas de Indução à Expansão de Seguros Privados no Brasil**, desenvolvida por **José Luiz de Araújo Júnior**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **José Mendes Ribeiro**.

O objetivo central do estudo é **analisar as estratégias público-privadas de expansão de acesso à saúde através dos planos privados de saúde no Brasil**.

O convite à sua participação se deve a seu papel como **representante de entidade de defesa do consumidor**, pois pode explicitar a visão dos usuários dos planos privados de saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Haverá o risco de sua possível identificação como participante, considerando o número de somente 4 (quatro) entrevistados no âmbito desta pesquisa. Assim sendo, contamos com vossa colaboração no sentido de fornecer informações que serão utilizadas com o intuito único de agregar conhecimento ao campo da Saúde Pública. Salientamos que quaisquer riscos serão minimizados com o envio mensal de relatórios sobre o andamento da pesquisa ao(à)s entrevistado(a)s até a data de seu texto final, além da garantia de acesso aos resultados da pesquisa a qualquer momento.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: somente os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Além disto, o material coletado será armazenado em local seguro. A garantia de anonimato, sigilo e privacidade aqui explicitadas serão desobedecidas somente em caso de sua expressa autorização. Ressaltamos que, a qualquer tempo, é possível desistir da presente pesquisa, sem qualquer prejuízo ou sanção. É seu direito, também, receber informação sobre o andamento

deste projeto sempre que julgar necessário, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Além disto, se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. A entrevista será gravada em áudio. A entrevista poderá ser gravada também em vídeo se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora, porém não estipulamos tempo máximo para tal, pois podem surgir questões de interesse além das previamente programadas.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a possibilidade de oferecer seus conhecimentos, cooperando assim com divulgação acadêmico-científica no campo da Saúde Pública a níveis nacional e internacional.

Esta pesquisa envolve o risco de constrangimento durante a entrevista, o qual, apesar de reduzido, sempre existe. Identificada esta situação peculiar, o pesquisador se compromete a imediatamente cessar a entrevista, cancelando-a ou adiando-a de comum acordo com o(a) entrevistado(a).

Os resultados serão apresentados aos participantes em relatórios individuais para os entrevistados.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou por pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Pesquisador Responsável: José Luiz de Araújo Júnior

Telefone: 55 (21) 98229-6699

E-Mail: [joseluizpsy@hotmail.com](mailto:joseluizpsy@hotmail.com)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

José Luiz de Araújo Júnior

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **Políticas de Indução à Expansão de Seguros Privados no Brasil**, e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista em vídeo.
- Não autorizo a gravação da entrevista em vídeo.
- Autorizo a quebra de sigilo e privacidade..
- Não autorizo a quebra de sigilo e privacidade..
- Autorizo uso dos dados em pesquisas futuras.
- Não autorizo uso dos dados em pesquisas futuras.

\_\_\_\_\_

Nome do participante:

### ANEXO III TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTAS

Encontram-se transcritas abaixo as quatro entrevistas realizadas com atores de interesse que transitam com autonomia dentro do sistema de saúde brasileiro, os quais, sem dúvida, ofereceram muito de seu conhecimento ao presente trabalho. Destaco, ainda, a tentativa de entrevistar um representante da ANS em correio eletrônico enviado diretamente à presidência no dia 03 de setembro de 2018, cuja resposta recebi em 12 de setembro de 2019: “No momento infelizmente nossos dirigentes estão com a agenda compromissada para os próximos meses... em função disto não poderemos atender seu pedido”.

#### A – ÓRGÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Transcrição de entrevista com representante de **órgão de defesa do consumidor [DC]**, o(a) qual solicitou sigilo por razões pessoais. Assim sendo, a palavra **sigilo** será utilizada sempre que se fizer necessário ocultar informação que possa revelar a identidade do entrevistado(a), sem, entretanto, perder o enredo de nossa conversa. O primeiro contato com o(a) entrevistado(a) se deu através de correio eletrônico no dia 26 de abril de 2018. Devido à agenda do(a) entrevistado(a), só foi possível programar nosso encontro para o dia 06 de setembro de 2018 às 10h nas instalações do referido órgão de defesa do consumidor, com duração de 1 hora 1 minuto e 57 segundos. Nossa conversa está transcrita abaixo, não sem antes agradecer-lo(a) imensamente por sua contribuição a este trabalho.

**(Entrevistador) Defina, resumidamente, por gentileza, sua trajetória profissional no campo da saúde no que tange à saúde suplementar.**

DC – Ela começa pra saúde suplementar quando eu fui contratado(a) pelo **sigilo** em janeiro de 2017. Antes disso, eu pesquisei, trabalhei com saúde pública. Estudei no meu mestrado modelo de gestão por meio de OS, então a dinâmica do público privado sempre teve marcada na minha pesquisa, e, antes disso, na graduação eu trabalhei, e também nos dois primeiros anos de recém-formada em direito, minha formação é em direito, eu trabalhei com direitos humanos, mais especificamente acesso à moradia. Depois eu fui pra saúde, aí eu entrei no mestrado, e agora eu tô aqui.



**(Entrevistador) Em sua opinião, é possível que a saúde pública e a saúde privada coabitem em um mesmo sistema e por que?**

DC – Possível é porque elas já coabitam, né? Agora, as consequências pra isso, disso pra uma e pra outra, elas podem ser negativas ou positivas dependendo de como se vê. No modelo que a gente tem, de subsídio cruzado, é, a coabitação, ela envolve uma conduta um pouco predatória da saúde suplementar em relação ao SUS, seja pela competição por recursos, o SUS, ele também contrata leito do setor privado, né, e seja também porque as pessoas que têm plano de saúde, de alguma maneira, têm isenções fiscais. Então elas não contribuem na mesma medida. Eu posso dizer que atualmente elas coabitam, mas eu posso dizer também que atualmente elas não coabitam pacificamente. A Constituição, ela autoriza esses dois modelos coexistirem, né, ela dá uma definição de saúde como obrigação estatal, e, ao mesmo tempo, também admite a possibilidade de exploração econômica. É, tem gente que defende o SUS enquanto o único mesmo. Eu, como advogado(a), eu tendo a adotar uma postura mais pragmática. Eu tendo, me vendo como advogado(a), eu tenho uma visão um pouco mais pragmática, assim, é, é mais na linha de “o que temos hoje é isso”. A saúde suplementar, ela existe, ela, em alguma medida, concorre com os recursos do SUS, né, e o que é possível fazer é minimizar essa concorrência e esse comportamento predatório. Então, eu trabalho muito mais nessa perspectiva.

**(Entrevistador) Caso sua resposta à questão anterior seja positiva, como foi, os conflitos existentes são administráveis ou há chance de uma ruptura definitiva?**

DC – Trabalhamos pra que não haja ruptura, mas no nosso entendimento, se as coisas continuarem como tão a configuração atual do poder, né, a leitura que se faz do SUS, e a pressão que grupos econômicos exercem, é possível que a ruptura aconteça.

**(Entrevistador) Quais as suas expectativas para estas próximas eleições?**

DC – Muito difícil trabalhar esquerda e direita nessas eleições agora, né? A impressão que tenho, de maneira geral, sobre direita e esquerda é de que a gente tinha uma configuração em oitenta e oito quando a Constituição chegou, vamos pegar agora 2018, em que você tinha a esquerda aqui e a direita aqui, ok? Vamos trabalhar com noventa e oito e aqui 2018, assim fica melhor. A esquerda aqui, a direita aqui. Ao longo do tempo, cada vez mais, a impressão que eu tenho é que isso foi acontecendo, foi acontecendo uma migração, a esquerda vai vindo pra cá, a esquerda vai vindo pra cá, a esquerda vai vindo pra cá. Cada vez mais o que é considerado esquerda tá vindo pra direita, tá vindo pro centro.

**(Entrevistador) O mercado de Saúde Suplementar, em sua opinião, é pouco ou muito regulado? Por que?**

DC – Ele é mal regulado, porque a regulação da ANS, ela acaba pegando a franja e não o cerne do problema, e a execução da regulação, da fiscalização mais propriamente, ela é bem complicada, ela é pouco efetiva. Um exemplo: o tribunal de contas, recentemente, em março

desse ano, ele liberou um relatório de uma auditoria feita de 2014 a 2017 dentro da agência, e ele verificou que a ANS, ela não checava algumas informações fornecidas pelas empresas, não tinha modelo de fiscalização ativa, de ir até o, né, de fazer e tal, é, e fazia, cometia alguns outros problemas, cometia não, é, detectou mais alguns outros problemas na forma da ANS executar, problemas técnicos, problemas graves. É, e daí a gente vê que assim, você tem uma, vamos pegar o modelo de reajuste individual, você tem uma regulação sobre isso, a ANS fixa um teto, ela limita o parâmetro, mas no fazer alguns cuidados não são observados, é, você confia demais na informação que é prestada pelo mercado, o que, na verdade, pode até ser entendido como uma espécie de captura, não no sentido de fazer o que as empresas querem, mas de enxergar o mundo pelas lentes das empresas. Então, se você não, se você confia plenamente no que tá dentro das declarações de informação, o que você tá fazendo é admitir que a realidade que você tá construindo é a realidade das empresas, nesse sentido, e esse é um problema de regulação, é de você confiar só numa perspectiva. O que mais? Pra coletivo, por exemplo, ela se recusa a regular. Nesse caso a gente vê como um vazio regulatório mesmo, né? Ela não vai regular. E uma das razões que ela dá pra ela não regular plano coletivo é a premissa do poder de barganha. E, no nosso entendimento, não tem respaldo empírico mesmo pra essa premissa. Ela é só uma premissa. O Tribunal de Contas também questionou, não o acórdão e os relatores do TCU, mas a auditoria, ela fez uma recomendação pra ANS. Um dos achados dessa auditoria dizia: “olha, não existe poder de barganha entre as empresas. Seria bom que você intervisse nessas negociações pra assegurar acesso às informações de custo da carteira, porque as empresas têm dificuldade pra acessar os custos da sua própria carteira. Essas informações são do empregador, essa informação é do usuário. Tem normativo da ANS que determina que essas informações têm que ser prestadas? Tem. As empresas conseguem acessar? Não. É, então, o que a gente percebe, assim, uma parte é vazio, uma parte é problema em efetivar a própria regulação. E que mais? Tem um estudo bem interessante do Observatório de Justiça aqui da Faculdade de Medicina da **sigilo**. Eles mapeiam a judicialização só da saúde suplementar, temas principais e tal. E uma conclusão muito interessante desse estudo é que se você tirar reajuste por faixa etária e negativa de cobertura, que são temas bem judicializados, todos os demais temas judicializados, todos, eles são relacionados a planos coletivos, e isso é um indicador de vazio regulatório, de problema de regulação. Até agora eu tô falando de empresa grande, que tem poder econômico, que consegue contratar um atuário, não tem poder de barganha, mas tem poder econômico, consegue contratar um atuário, consegue virar minimamente pra empresa e falar assim, sei lá: “eu tenho, sei lá, 5000, 5000 é pouco, 20000, né, usuários e dependentes, titulares e dependentes”. Vamos trabalhar a ideia de 30 pessoas, plano de saúde de 30 pessoas. O que que significa pra uma empresa, tipo Amil, perder uma carteira de 30 pessoas. Significa muito pouco, né? A ANS, ela vai falar: “não, mas a gente regula nesse caso, a gente cria o agrupamento de contrato, né?” Nesse caso, a operadora, ela só pode, é, aplicar um reajuste único pra todos os contratos pequenos dela. É uma tentativa, mas a gente não vê realmente acontecer, assim. Em 2014, a gente fez uma pesquisa e verificou que esse tipo de agrupamento, ele ainda gera reajustes de 40%. E saiu uma nota técnica recentemente, na audiência pública que teve sobre reajuste, é, falando que o agrupamento funciona pra contrato coletivo de adesão, mas não funciona pra contrato coletivo empresarial. Não é que não funciona, é que ele não gera reajustes mais baixos pra essas 30 vidas. Por que? Porque, se você olhar o empresarial, ele consegue

reajustes mais baixos nos contratos grandes. Os contratos pequenos, eles não têm a mesma capacidade de chegar num reajuste menor.

**(Entrevistador) Você considera os consumidores de planos de saúde em posição vulnerável no atual regime regulatório. Por que?**

DC – Ok, vamos lá. O consumidor, ele é a parte mais vulnerável em qualquer relação de consumo, né? Por que? Porque ele não concorreu pra produção daquele produto ou serviço, ele não sabe como aquilo é feito, ele é o último ente da cadeia produtiva, né, e, enquanto pessoa física, que tem no máximo seu poder de compra pra utilizar, ele tem, sozinho, zero impacto na economia. Então, vamos começar com assim, independente do panorama regulatório, a vulnerabilidade, ela acontece dada a relação empresa pessoa física. Ela tá por aí. Independe do panorama regulatório. O panorama, ele pode diminuir essa assimetria, ele tem essa finalidade, né? No caso da saúde suplementar, o que a gente percebe, é muito uma, no dizer, né, na intenção, a gente vê que a regulação tá, em tese, aí pra mitigar essa assimetria de poder, essa assimetria de informação, mas, na prática, o que a gente vê não é isso acontecer, não tem efetividade.

**(Entrevistador) Você é favorável ou contrário(a) à flexibilização do Rol de Procedimentos? Por que?**

DC – Tá, na verdade a gente vai bem para além disso. Não é só que a gente é contra a flexibilização do rol, a gente entende o próprio rol como uma limitação de cobertura. Por que? Porque o artigo 10 da 9656 vai dizer que a cobertura é para todas as doenças previstas na CID. O rol não trata de doenças, ele trata de procedimentos, mas ao limitar procedimentos, em alguma medida, ele pode criar empecilhos à cobertura da doença. Caso clássico: a pessoa que tem um câncer específico, tratou do tratamento convencional, foi utilizado, no caso que a gente tem é no caso de uso *off label*<sup>68</sup>, por exemplo, a pessoa, ela foi submetida a quatro tratamentos convencionais pro câncer dela, e, todos previstos no rol, e não houve resultado. Pra aquela pessoa não tem algo no rol pra, então o único tratamento disponível é um que não esteja previsto no rol. Aí, no caso, que acabou indo pro STJ, foi o de uso *off label* pra um outro tipo de câncer, e a operadora negou dizendo que aquilo não tava, que o uso *off label* é excluído do rol. Qual que é o nosso entendimento? Neste caso, esgotadas as vias convencionais, para aquela pessoa o único tratamento disponível é o que não está no rol, então a operadora tem que cobrir. Mas, assim, sobre a questão do Barros, ele, no começo o argumento era disso, era de você, e a gente

---

<sup>68</sup> O uso não aprovado, que não consta da bula. O uso *off label* de um medicamento é feito por conta e risco do médico que o prescreve, e pode eventualmente vir a caracterizar um erro médico, mas em grande parte das vezes trata-se de uso essencialmente correto, apenas ainda não aprovado. Há casos mesmo em que esta indicação nunca será aprovada por uma agência reguladora, como em doenças raras cujo tratamento medicamentoso só é respaldado por séries de casos. Tais indicações possivelmente nunca constarão da bula do medicamento porque jamais serão estudadas por ensaios clínicos. Disponível em <[http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2863214&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=219201&\\_101\\_urlTitle=uso-off-label-de-medicamentos&inheritRedirect=true](http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2863214&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=uso-off-label-de-medicamentos&inheritRedirect=true)> Acesso em 18 de abr. de 2019.

vê isso não só no Barros, a gente vê isso no legislativo também com PL 7419, que tramitou em paralelo com o Barros. Então foram duas iniciativas, uma via executivo e uma via legislativo, com a mesma finalidade: flexibilizar regulação e diminuir cobertura. O argumento é o seguinte: o consumidor, ele tem que ter o direito de ter um plano de saúde que cabe no bolso dele. Se ele pode ir de Gol, por que ele tem que ir de Vectra? Quando eu acho que o debate não é se é Gol e Vectra, é se vai ter *airbag*, é se vai ter pneu. E, assim, trabalha muito com a autonomia da vontade, que é ilusória na contratação de plano de saúde, porque a pessoa, mesmo que ela tenha a convicção de que ela não vai ter problemas psiquiátricos, e assim eu contrato dizendo “não preciso da cobertura pra estes procedimentos”, ela não está em posição de poder realmente fazer essa recusa, porque ela não sabe o que ela vai ter. Quem contrata um plano de saúde desse, desse não, quem contrata um plano de saúde de maneira geral, ela tá fazendo o que? Ela tá, o que que se vende, se vende assim, eu corro o risco de adoecimento, e eu quero transferir pra um terceiro a solução desse risco, então este é um negócio, isso é o que se vende, né? Quando você delimita quais vão ser as doenças, você pode estar anulando a razão pela qual a pessoa contratou aquilo. Isso se naturaliza. A gente chama de descaracterizar a finalidade do contrato. Você já tem os blocos segmentados, né, você tem o plano ambulatorial que é só consulta, exame e as duas primeiras horas de urgência e emergência. Você tem o plano que é só hospitalar, você tem o plano que tem cobertura obstétrica, pode não ter cobertura obstétrica, então, em tese, a lei já permite alguma customização.

**(Entrevistador) Você identifica, nos últimos anos, principalmente a partir do primeiro governo Dilma, incentivos governamentais à expansão de planos privados. Quais?**

DC – É, os planos, eles chegaram a financiar a campanha da Dilma, né, como de vários outros, Cunha, em proporções diferentes, o Cunha foi bem mais patrocinado. É, mas no governo Dilma, eu vi essa, naquele momento eu ainda não era porta-voz do(a) **sigilo**, eu não fiz acompanhamento direto pra isso, mas até onde eu sei, houve essa movimentação dentro do governo pra você possibilitar planos pras classes C e D. O PT, de alguma maneira, ele já, ele tem uma posição meio dúbia sobre isso, né, a ideia de que, talvez, e aí tô arriscando, tá, talvez por uma questão de visão de mundo do próprio Lula, que vem do movimento sindicalista, que, na verdade ele tende a achar que o caminho é pelos planos de saúde, né, que a classe trabalhadora, ela tem que ter acesso à saúde por meio dos planos de saúde. Talvez por isso exista um pouco essa ideia de que plano de saúde, ele tem que chegar até as classes mais baixas. O problema é a que preço. Se isso vem à custa de flexibilizar o rol, se isso vem à custa de você ampliar prazo máximo de atendimento, se isso vem, abaixar a régua, digamos assim, a ponto da pessoa contratar sem saber o que ela tá realmente contratando. Aí, no final das contas, ela não tá contratando plano de saúde, ela tá contratando um grande escoadouro de poupança, porque, se a pessoa vai pagar o plano pro momento que ela precisar ela não ter o atendimento, no final das contas tudo o que ela contribuiu foi pro buraco. Isso acontece no governo do PT, né, da Dilma, mas, em comparação com o que está acontecendo agora, é muito diferente, assim, o tom, a forma, então, assim, Dilma, bem ou mal, voltou atrás, né? Temer está, tipo, ao infinito e além, até onde der, vamo que vamo, a resposta é plano de saúde. E não numa perspectiva de “a classe trabalhadora deve acessar a saúde via plano de saúde”, mais numa linha de tipo

“estamos perdendo usuários, a gente precisa ajudar o mercado, o mercado tem que expandir”, mais nessa linha mesmo, porque vem paralelo, né, você enxuga o SUS de um lado via emenda 95, você muda a política nacional de atenção básica, e aí você adota a política de expandir plano de saúde sem umas garantias de atendimento. Isso tá coordenado, isso não vem descolado, é vem junto, é um pacotinho. Essa possibilidade, a da implantação dos planos acessíveis, ela tava bem real em 2017, bem real mesmo, e aí precisou uma ação de uma teia bem grande de instituições pra, tanto no congresso quanto no executivo, pra barrar, mas eu não tenho certeza sobre 2019, não tenho certeza nem sobre novembro de 2018, mas a gente trabalha muito pra que isso não aconteça.

**(Entrevistador) Analisando os efeitos combinados entre a expansão do SUS e a expansão dos planos de saúde, seria possível que uma proposição como a dos planos acessíveis viesse a “desafogar” os atendimentos prestados pelo SUS, notadamente nos atendimentos de baixa e média complexidade.**

DC – Vamos lá. Essa questão do desafogo, ela foi o carro chefe do argumento do Barros, né, e aí eu vou soltar um pouco pelo menos a, não tanto quanto do que a gente falou, mas do que a gente viu outras entidades, em especial o MPF, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, falar que isso não desafoga o SUS propriamente porque não propõe nada diferente do que a gente já tem. Qual que é o melhor modelo de negócio pras empresas? É o plano de saúde assumir a baixa e a média complexidade, porque é barato, e, o que ninguém quer, o SUS assume, porque ele funciona hoje como resseguro dos planos. O plano acessível, a proposta como foi formulada pelo Barros, não desafoga porque não faz nada diferente do que já acontece hoje. Pelo contrário, você cristaliza essa ação, porque se, em alguma medida isso acontece hoje, medidas como o ressarcimento ou a judicialização forçam a empresa a não empurrar a alta complexidade pro SUS, forçam, de alguma maneira, ela a atender a alta complexidade. O plano acessível cristaliza isso: “não, deixa ela segura pra oferecer só o que ela quer, que é a baixa e a média, e deixar a alta pro SUS”. Então, na verdade, você não tá desafogando. Você tá deixando o filé, como dizem, né, pra saúde suplementar, e o SUS fica com a bucha, considerando que ele já tem menos recursos e ele atende mais gente. O SUS não é uma lenda, o SUS tem problemas graves de subfinanciamento, e isso impacta na qualidade do atendimento. A gente trabalha muito em duas lógicas aqui no(a) **sigilo**, uma lógica da defesa do consumidor, e outra é a lógica da cidadania. E a gente acredita que o uso do SUS, ele tá relacionado, a gente defende o SUS, né, inclusive, um pouco nessa linha de que ele é um elemento essencial da cidadania. Claro que se a pessoa quer um plano de saúde e, assim, também desmistificar um pouco essa ideia de que a pessoa contrata um plano de saúde porque ela não quer ir pro SUS, isso pode acontecer, é claro, o SUS, ele tem problemas, mas muita gente tem plano de saúde não é porque quer, é porque o empregador oferece, como, não é exatamente como remuneração, mas é um como benefício da relação de trabalho. Isso acontece pra maioria dos casos, hoje a maior parte dos planos de saúde são empresariais, ou seja, é a relação de emprego que fornece o plano de saúde, né? Então não é bem que a pessoa que tem um plano de saúde, não é que ela escolheu ter, necessariamente, são histórias distintas que levam a isso. No plano individual faz sentido. Um plano de adesão até faz sentido, mas pro plano empresarial, que é maioria, não, porque, geralmente, isso vem

com a relação de trabalho. Então, existem muitas trajetórias de vida que explicam o ter o plano de saúde, não necessariamente todas elas têm a ver com o fato do SUS ser ruim. Olha, produto de saúde, de maneira geral, eles são bens muito especiais, assim, né? Então, as pessoas priorizam, assim, plano de saúde é a última coisa, a pessoa abdicar da cesta de bens dela assim. Se você tá num momento de cortar coisas, plano não é a primeira que você corta. Considerando isso, eu acredito que, se você coloca um plano de saúde a um preço bem barato no mercado, boa chance dele ser bem procurado, assim, mas aí, ao mesmo tempo que a gente sabe que essa procura pode ser grande, a gente sabe que não existe fórmula mágica ou solução mágica. O plano de saúde, não à toa, ele tem uma nota técnica que visa estabelecer preço mínimo de comercialização pra evitar subprecificação, que é a empresa colocar no mercado um plano de saúde que, no longo prazo, não se sustenta, e isso é muito ruim, porque, no final das contas, ele funciona exatamente como captura de poupança, escoadouro de poupança, né? Se a empresa, ela coloca um produto que ela sabe que não vai se sustentar, a pessoa contribui pro fundo, a empresa quebra, e as pessoas ficam sem atendimento, meio nessa linha assim. É um equilíbrio muito difícil de demanda por saúde e um mínimo pro negócio não degingolar.

**(Entrevistador) Quais são os obstáculos que você enxerga na proposta da questão anterior? Por que? Quais os facilitadores? Por que?**

DC – Pra plano acessível, quais são os obstáculos? Resistência da sociedade civil organizada é uma delas. É isso, basicamente, que eu enxergo nesse momento, principal obstáculo pra isso chegar, talvez, é, alguma compreensão sobre como o plano funciona, mas isso tá muito longe do consumidor médio. E os facilitadores é a conjuntura, tá muito favorável. Você tem um fator que é, além da conjuntura, você tem muito recurso, do lado das empresas, pra conversar com quem toma decisão, né, seja no Congresso, seja no Ministério da Saúde, seja na própria agência reguladora. É, então, recurso, conjuntura, e também um pouco, trabalhar também num fator cultural, esse argumento da saúde, é, da saúde como algo, como algo que você consome, como algo que você contrata e vai e é atendido, né, algum lugar que você vai, faz a consulta, você vai, faz um exame. Essa visão da saúde, ela também ajuda, propulsiona, esta proposta, né? Quando você olha pro SUS, por exemplo, tem iniciativas que vão além da consulta, exame ou da internação. Ele trabalha, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família, que é a saúde para além do atendimento médico, é você analisar a pessoa na residência dela, esse tipo de coisa as pessoas não veem como saúde, como política pública de saúde, né? Isso também facilita esse tipo de proposta sair. Você pode explicar quais são os obstáculos ou quais são os facilitadores do plano acessível de muitas maneiras: algumas são estruturais, algumas são políticas, né, e algumas são culturais. A última é a cultural. Essa ideia de saúde como algo que você consome, a saúde é a consulta e o exame que você faz, a saúde, ela não é um estilo de vida, uma prática regular de exercícios, uma Estratégia de Saúde da Família chegando até a pessoa idosa. Não, ela é a consulta e o exame, a internação e o pronto atendimento. É isso. Essa cultura da visão da saúde como procedimento realizado em cima de um paciente, ela facilita a propulsão de modelo de negócio que oferece isso.

**(Entrevistador) Quais as suas perspectivas para os cenários a curto e médio prazos na relação entre o público e o privado em saúde? Por que?**

DC – Curto prazo. Percebo uma conjuntura muito difícil pro público nesse momento, e o privado talvez o devore. A gente já ouviu, desde que a proposta de plano acessível é um pouco capacitar plano de saúde e alguns gestores de hospitais pra que a gestão da atenção primária seja terceirizada, a gente já ouviu esse discurso. É possível que isso aconteça, especialmente se a gente pegar o próprio modelo de OS, né, que foi muito numa linha de fazer isso, né, você terceirizar a gestão, não necessariamente numa área específica, mas o serviço em si de gestão ou de execução dos serviços. É possível que isso aconteça. Então, no médio prazo, é grande chance do privado engolir o público. No longo prazo, eu não sei dizer, de verdade assim, tem uma, talvez, de novo, pela minha formação, e eu ser muito pragmática, eu tenha dificuldade de enxergar o longo prazo, mas eu sou uma pessoa otimista, né? Quero trabalhar pra que o privado não engula o público.

**(Entrevistador) Como você percebe a atuação do(a) (órgão de defesa do consumidor) nos conflitos entre Governo, operadoras e consumidores no contexto atual?**

DC – O(a) **sigilo**, ele(a) trabalha como um representante dos interesses do consumidor dentro dessa dinâmica entre governo, operadora, e aí também é importante colocar os executores dos serviços: os hospitais, os grandes laboratórios, essas grandes redes, né? Primeiro, tem duas visões: a minha percepção de como se dá a relação do consumidor entre operadora e o hospital a grande rede, o diagnóstico. A impressão que eu tenho é que ele é ou irmão mais novo que ainda não aprendeu a falar, sabe, e aí os irmãos mais velhos bota a culpa tudo nele, tipo: “quem quebrou o vaso? Ah, foi o Joãozinho”, porque o Joãozinho não fala ainda, não é capaz de falar ainda, né? Ou então como uma salsicha espremida no meio de dois pães, assim, né, porque ele fica entre dois grandes num jogo que não é o jogo dele, do consumidor, né? O consumidor, ele é jogado entre dois grandes *players*, dois grandes cachorros, né? Essa é minha percepção de como o consumidor tá dentro desse mercado, e, né, o que se move são as carteiras, né? A operadora cuida da carteira, não do consumidor, então ela fica preocupada com a saúde da carteira: “ah, tem muito idoso na carteira, tem que tirar os idosos da carteira”, é meio isso. Ou tem que expandir, “botar mais jovem na carteira”, eu tô aqui fixado na carteira, as carteiras têm que ser lucrativas, é meio isso. Agora, na relação governo, empresas e consumidor, o(a) **sigilo**, ele trabalha um pouco na representação dos interesses desse consumidor de duas maneiras: um, ele informa o consumidor, do tipo, ó, às vezes o que parece muito bom, muito conveniente, é gato por lebre, não caia em armadilhas. E com relação a Governo, a gente trabalha muito na linha de, olha, de trazer pra luz o que tá escondido. O(a) **sigilo** é considerado meio escandaloso por isso, de pegar o que tá escondido, tá judiado, tá na ferida, e apontar o dedo um pouco, então isso aconteceu com relação, por exemplo, ao relatório do TCU, a auditoria que pegou um pouco a ANS desprevenida, apontou problema nessa regulação. A gente pegou o relatório, ajuizou uma ação civil pública, e falou: “ó, tem problema aqui, não aplica a metodologia atual”. Se tá ruim, não aplica. Então tem essa estratégia de expor, de tocar onde dói, né, de não enxugar gelo e, com relação às empresas, é uma relação em duas frentes também: tem uma frente coletiva e tem uma frente caso a caso, né, porque o(a) **sigilo** atende pessoas. Não todo mundo, ele(a)

atende mais associados, mas algumas pessoas que não são associadas a gente também atende. E as ações civis públicas são pra todo mundo, e materiais, tipo *site* e tudo, é pra todo mundo, mas, nessa atuação mais, não intermediação, mas empresa consumidor, a gente trabalha mais na perspectiva de orientar, e numa perspectiva de coletivo, do político, é meio embate mesmo, assim, é bem de bater, assim, a gente: “ó, cê tá fazendo errado, não é por aí”.

**(Entrevistador) Gostaria de acrescentar alguma informação ao tema?**

DC – Ah, na verdade, quando a gente tava falando sobre o SUS, né, sobre essa ideia de que as pessoas procuram os planos porque o SUS é ruim, é, o SUS, ele é um projeto muito bom, muito interessante, ele é um projeto de cidadania mesmo, e eu tendo a achar ele mais, ele mais coerente em alguns sentidos do que a saúde privada, porque, na verdade, a pessoa acessa serviço, ações, porque é direito dela, do que porque ela tá pagando, digamos assim. A base dessa relação é uma base de direito, enquanto na saúde privada a base também é de direito, mas ela é um contrato, né, o que tá no contrato, né? Só que, quando eu tava falando sobre isso, o fato de que o SUS é ruim, eu acho que eu falei um pouco, mas isso não revela exatamente como eu me sinto em relação ao SUS, assim. Eu entendo o SUS como um projeto ainda em construção, que precisa ser aprimorado, e isso passa, necessariamente, por financiamento adequado. E, enfim, é por aí assim, é um pouco compreender a pessoa que, dentre muitas histórias de vida, a pessoa que procura o plano porque ela não quer passar pelo SUS, não condenando, porque eu acho que às vezes o SUS ele é muito, as pessoas que atendem no SUS, elas são muito pouco compreensivas com quem tem plano. É um pouco do tipo “você não escolheu a gente, então a gente não vai te atender”, e isso a gente vê em alguns atendimentos. Gente que tem plano, não é atendida pelo plano, vai pra rede pública, é bem atendido na rede pública, mas tem profissional que condena: “se você tem plano, o que você tá fazendo aqui?” Então é complicado, mas o que eu queria dizer, assim, tipo, eu não queria que ficasse um pouco essa ideia que a gente acha o SUS ruim, não é isso, assim, a gente acha o SUS incrível. A gente trabalha assim, inclusive, pra que, um, ele não seja depredado, e ele seja melhorado, pra que as pessoas no futuro realmente se apropriem desse sistema.



## **B - MOVIMENTO CHEGA DE DESCASO**

Transcrição de entrevista com **Leandro do Nascimento Farias [LF]**, um dos fundadores do **Movimento Chega de Descaso**, que conta atualmente com 35.165 seguidores em sua página do Facebook<sup>69</sup>. A principal missão do movimento é representar os interesses individuais e coletivos na garantia do acesso à saúde reforçando a participação social. Farmacêutico Sanitarista e Especialista em Direito e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Leandro tornou-se ativista em prol do SUS após o falecimento de sua noiva, Ana Carolina Cassino, em 17 de agosto de 2014, em um hospital particular na Barra da Tijuca, Rio de Janeiro. Ana era usuária de um plano de saúde da operadora Unimed, e não sobreviveu à espera de 28 horas por uma cirurgia de apendicite. Desde então, Leandro integra o Movimento Chega de Descaso, organização civil sem fins lucrativos fundada em 2014. O primeiro contato com Leandro se deu através de sua página pessoal no Facebook em 24 de agosto de 2018. Devido à sua agenda sobrecarregada, esta entrevista pôde ser realizada somente em 25 de outubro de 2018 às 12:00h nas instalações da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, com duração de 59 minutos e 56 segundos. Nossa conversa está transcrita abaixo, não sem antes agradecê-lo imensamente por sua contribuição a este trabalho.

**(Entrevistador) Defina, resumidamente, por gentileza, sua trajetória profissional no campo da saúde no que tange à saúde suplementar.**

LF – É, então, vamos lá. Eu entrei na Fundação Oswaldo Cruz com quinze anos de idade. Após ter feito um concurso público, eu tive direito a fazer o segundo grau integrado com o curso técnico. Entrei com quinze anos aqui na casa, fiz meu segundo grau como técnico de patologia clínica, análises clínicas. Após a minha formação, continuei aqui dentro atuando como estagiário, depois me tornei profissional terceirizado, atuei em Biomanguinhos, enfim, conheço muito bem essa casa. E, em 2010, fiz o concurso público, e desde então tô como servidor, enquadrado como servidor. Após o meu segundo grau integrado com o técnico eu fiz faculdade de farmácia. E, depois disso, fiz duas pós-graduações aqui na Escola Nacional de Saúde Pública, e hoje, além do meu trabalho na Fundação Oswaldo Cruz, eu atuo também nessa organização chamada Movimento Chega de Descaso.

**(Entrevistador) Em sua opinião, é possível que a saúde pública e a saúde privada coabitem em um mesmo sistema e por que?**

LF – Cara, que pergunta, hein? Que pergunta, hein? Que pergunta, né? É, hoje a gente tem isso, né? Hoje a gente tem isso. Só que, ao mesmo tempo que a gente tem, a gente percebe que, ao invés de atuarem de forma complementar, a gente percebe uma certa competição, né? As atuais medidas, atuais não, acredito que desde a construção, desde a concepção do SUS, a gente

---

<sup>69</sup> Disponível em <[https://www.facebook.com/pg/movimentochegadedescaso/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/movimentochegadedescaso/about/?ref=page_internal)> acesso em 28 de abr. de 2019.

percebe que há uma ferocidade por parte do mercado em querer tomar conta, né, digamos assim, da disponibilização dos serviços de saúde, né? É aquela velha briga do mercado em busca de tomar boa parte do fundo público, mesmo, né, da arrecadação pública. Então, eu acredito que se de fato o SUS ele fosse respeitado, fosse fortalecido, e gerido da forma como ele foi concebido, da forma adequada, eu acredito que não seria necessário haver saúde privada, porque a gente vive num país extremamente desigual, né, e o que a gente percebe é que as famílias têm deslocado boa parte dos seus recursos para o pagamento, né, o de saúde privada, e esse pagamento, em contrapartida, não é disponibilizado da melhor maneira para essas famílias. Então acredito que se houvesse oportunidade dessas famílias pouparem esse dinheiro que usam pra saúde privada, digamos assim, e utilizassem com outros meios, eu acredito que essas famílias acabariam por optar mesmo em serem usuárias do sistema único de saúde.

**(Entrevistador) Caso sua resposta à questão anterior seja positiva, como foi, os conflitos existentes são administráveis ou há chance de uma ruptura definitiva?**

LF – É, então, como me foi perguntado na segunda questão, né, eu não acredito que seja possível haver esses dois sistemas, justamente porque eles já existem, e a gente já percebeu que há uma competição feroz pelo fundo público, né? E a gente tá nesse cenário, né, de mudança de governo, e a tá bem nebuloso, né, tá bem nebuloso, né? Quando você pára pra estudar o plano de governo e as propostas do candidato que tá à frente, é, o assunto da saúde é debatido de forma bem rasa, a gente ainda não consegue ter uma noção da profundidade das propostas e do que a equipe dele se propõe a fazer em relação à saúde, né? E a gente teme em relação a isso porque ele é um candidato que entende quase nada sobre saúde. Vou me deter à saúde, né? Ele entende pouco sobre saúde, e ele tá sendo, digamos assim, orientado por uma equipe que tende a acenar mais para o mercado, né, para o projeto neoliberal. E, infelizmente, né, esse aceno, as medidas neoliberais, não é exclusivo desse candidato, né, a gente tem que ser realista. Esse ano a gente tem trinta anos de SUS, e, quando a gente pega ao longo desses trinta anos, analisa todos os governos, é óbvio que tiveram avanços, mas esses avanços não foram de acordo com a grandiosidade do sistema, sabe, foram, os governos poderiam ter fortalecido mais o sistema, sabe, eu acho que todos eles não deram a devida atenção pro sistema, né? E, ao mesmo tempo que se fazia mudanças, digamos assim, de maneira a, mudanças singelas, de maneira a fortalecer o sistema, também flertava com o mercado, né? Não à toa, a gente acompanhou a expansão do mercado de planos de saúde, né, que hoje corresponde a em torno de um quarto da população. Então, como é que pode em um país, que tem lá no seu principal documento que a saúde é um dever do Estado, universal, gratuita, e ao mesmo tempo a gente percebe uma expansão do mercado, né? Então há uma contradição muito grande nisso, e a gente ainda acompanha essas outras medidas que tão em pauta como uma maneira de expandir ainda mais esse mercado. Então, é, o cenário é muito preocupante, mas cabe lembrar que o SUS ele foi, ele é oriundo de uma construção popular. O SUS não foi criado pelos parlamentares. O SUS foi criado pelos profissionais, pelos usuários, né, ele foi oriundo de muita luta, então, é, cabe a nós, sociedade, né, a gente manter essa luta viva, né, porque se a gente for simplesmente depender da boa vontade dos ditos representantes do povo, esse sistema ele continua a correr um grande risco de ser, quem sabe até, desestruturado de vez.

**(Entrevistador) O mercado de Saúde Suplementar, em sua opinião, é pouco ou muito regulado? Por que?**

LF - A gente tem uma agência, né, que tem o papel justamente de regular e fiscalizar o mercado. Essa agência conta com servidores públicos concursados de extrema capacidade técnica, porém essa agência, ela não tá imune de sofrer pressões do próprio mercado, do próprio mercado que é regulado por ela. Cabe lembrar que o Estado é um espaço em disputa, né, e a agência, ela não tá imune a isso. Há bastante legislação, sabe, bastante resoluções, normas, publicadas pela própria agência. A agência hoje dispõe de meios pra de fato pra fazer uma excelente regulação e fiscalização. Só que infelizmente, né, existem certas jabuticabas por esse caminho, né? Como eu disse, apesar dela, a agência hoje ter em seu corpo funcionários de extrema capacidade técnica, infelizmente os cargos de comando dessa agência, né, a diretoria, ela é composta por indicação política, e nem sempre esse profissionais que são indicados a fazerem parte da diretoria, eles têm a devida capacidade técnica, e, além desse problema, muitos deles têm relações com o mercado, né, eles vêm do mercado, atuam na agência, e, depois que o seu mandato é encerrado, retornam pro mercado, né, que são os fenômenos que são descritos como porta-giratória, né?. E uma vez esses representantes do mercado, é, ocupando cargos de chefia na agência acabam que, por vez, é, tomar medidas de forma unilateral, sem consultar ou dar a possibilidade que os profissionais técnicos capacitados possam opinar e realizar a devida fiscalização, né? Aí, com isso, ocorre o outro fenômeno conhecido como captura regulatória, ou seja, o mercado, através dos seus representantes, acaba ocupando os cargos de chefia da agência que deveria regular e fiscalizar esse mesmo mercado.

**(Entrevistador) Você considera os consumidores de planos de saúde em posição vulnerável no atual regime regulatório. Por que?**

LF – Eu acredito que há uma espécie de assimetria de informação, porque a agência, assim como, entre outras coisas que a gente vive na sociedade, em nosso país, ela acaba convivendo com uma falta de transparência, né? Então diversas medidas polêmicas são tomadas de maneira que os usuários do sistema acabam que, por falta de informação, não conseguem nem ter a capacidade de poder questionar tais medidas tomadas, né? Por exemplo, os reajustes, né, falta transparência na metodologia do cálculo do reajuste e, ano a ano, os usuários do sistema se deparam com reajustes considerados abusivos pela própria justiça, e que costumam ser em percentuais muito acima da inflação. E a metodologia do cálculo, ela não tá clara, tanto que, recentemente, diversas ações foram colocadas de maneira a questionar essa metodologia, né? Há pareceres do Ministério da Fazenda contestando a metodologia do cálculo, há relatório do TCU contestando, então isso já virou algo assim tão questionável, tão absurdo, que diante dos escândalos e da pressão popular que tá sendo feita, recentemente a agência, ela teve que parar pra analisar essa questão, e já está se estudando uma alteração nessa metodologia do cálculo, porque antes a metodologia do cálculo era baseada na média dos reajustes dos planos coletivos, sendo que os planos coletivos, eles, digamos assim, têm uma regulação frouxa, né, os planos coletivos, segundo resoluções da agência, ela deixa claro que o reajuste, ele é feito de acordo com a negociação entre as partes, sendo que, como eu já disse, existe uma assimetria de informação. Como que o usuário vai poder ter ferramentas e conhecimento pra poder questionar

um reajuste aplicado por uma empresa que tem em seu corpo diversos especialistas, diversos profissionais? Hoje o usuário de plano de saúde, ele não faz ideia de quando custa um procedimento. Quando você contrata um plano, não vem uma tabelinha com informações de cada exame custa quanto, cada procedimento custa quanto. Não tem essa transparência, então como que o usuário, ele vai ter poder de poder contestar isso? Então, quando a agência, ela utiliza esse tipo de metodologia pra poder legitimar esses reajustes, é algo extremamente assimétrico, né, e não à toa vem sendo contestado.

**(Entrevistador) Você é favorável ou contrário à flexibilização do Rol de Procedimentos? Por que?**

LF – Então, é, o plano de saúde nada mais do que um seguro, né? Quando você contrata um seguro é, é porque você tá assumindo um risco com a empresa de que se algo lhe acontecer a empresa, ela vai ter a obrigação e vai ter condições de arcar com os imprevistos, certo? Assim como qualquer outro seguro. Então, de fato, hoje, você saudável, pode pensar isso: “pô, por que que eu tenho que pagar por uma cirurgia de câncer?”, mas nada impede que daqui a um, dois dias, você seja diagnosticado com câncer, entende? Então, quando você paga por esse rol de procedimentos, é porque tá sujeito a algum momento da sua vida você precisar deles. E, se a gente for comparar o rol de procedimentos da saúde suplementar e a cesta de serviços disponibilizada pelo SUS, chega a ser irrisório, né? O SUS é um sistema, né? Ele, ele abrange quase tudo, né? É promoção, é prevenção, é recuperação, é proteção, enquanto a saúde suplementar, ela disponibiliza questões pontuais, entendeu? E, quando surge essa proposta de planos populares, e essa ideia de flexibilização do rol de procedimentos, eu digo pra você que isso é uma armadilha. Isso é uma armadilha, porque eles alegam que isso irá, de uma certa forma, desafogar o SUS. Eu digo que não, porque você, com esse pensamento de pessoa saudável, você vai ser iludido a acreditar que vai baratear o seu plano porque você vai usar poucas coisas, só que, a partir do momento em que você é surpreendido com o diagnóstico de algo mais severo, mais grave, quando você for usar o seu plano você não vai ter direito, porque você reduziu a sua cesta de, digamos assim, de serviços. E aí, no final das contas, você vai bater na porta de quem?

**(Entrevistador) Você identifica, nos últimos anos, principalmente a partir do primeiro governo Dilma, incentivos governamentais à expansão de planos privados. Quais?**

LF – Esses benefícios, esse incentivo à ampliação da oferta de planos de saúde não é exclusivo do governo Dilma, né? Isso vem desde a ditadura militar, né? A gente tem o código tributário que criou essa questão de gastos em saúde privada você pode deduzir do imposto de renda, né, então isso já é um benefício. Inclusive, têm diversos levantamentos feitos, estudos envolvendo a Receita Federal, o IPEA, que já vêm demonstrando, ano a ano, que o Estado deixa de arrecadar cifras bilionárias, dinheiro esse que poderia ir pro financiamento do SUS, pra favorecer gasto das famílias com plano de saúde. Isso é um incentivo. Isso é um incentivo, né? Sem falar nas dívidas bilionárias que as empresas devem aos cofres públicos, seja mediante a multas, que é quando a empresa não cumpre com o contrato com seu usuário, e por isso ela acaba por levar

multas. E essas multas, muitas das vezes, não são pagas. Outra questão é o ressarcimento ao SUS, que também consta de uma dívida bilionária, que dificilmente é paga, por vezes caduca, e é uma prática corriqueira extremamente desleal, porque, além de recusar o atendimento pro seu devido usuário, ainda empurra, digamos assim, esse usuário pro SUS. E em relação aos incentivos, criação de linhas de crédito, financiamento para expansão de redes hospitalares. Isso tudo é dinheiro público. Dinheiro público tá caindo na mão do mercado. E, como eu disse, isso não é exclusivo do governo Dilma. Há diversos estudos que falam que na época da ditadura militar parte dos recursos que eram da nossa previdência, e que eram pra financiar na saúde pública, foi realocado pra expansão de hospitais do setor privado. Então eu posso lhe dizer, com base em estudos, que o mercado, o sistema privado, é um parasita do sistema público. Quando eu tento colocar pras pessoas o debate da saúde, eu tento não caminhar muito pro viés ideológico, porque, quando a gente cai pro viés ideológico, a gente acaba também indo, de uma certa forma, pra uma utopia, e isso facilita as pessoas que são contrárias a tentar deslegitimar os nossos argumentos, né, mas hoje a gente vive em uma sociedade capitalista, né, e a nossa sociedade, independente dos sucessivos governos que tivemos, ela é estimulada a consumir, a mercado. Então, para que a gente possa ter uma ampla e única oferta de serviços públicos, a sociedade, ela precisa mudar a sua forma de pensar em relação à coisa pública, porque, por conta desse sistema que tá implantado em nossa sociedade, infelizmente as pessoas tendem a direcionar valor, valor mesmo, de, digamos assim, de qualidade, pra aquilo que tem preço, digamos assim, entendeu? Então, infelizmente, o mais caro é melhor, o que é pago é melhor, aquilo que é gratuito tende a não ser valorizado, né, porque, de certa forma, quando você estipula preço em determinadas questões, e ainda promove uma certa estratificação, isso tende também as pessoas não se enxergarem como o outro, sabe? Elas tendem a querer ter um serviço diferenciado, e elas tendem a acreditar que pagando elas vão ter algo diferenciado, algo melhor, né? E isso tem sido demonstrado que é pura ilusão, pura ilusão. Qual é o problema de você recorrer a um determinado serviço onde o funcionário e o patrão têm o mesmo tipo de atendimento? Qual é o problema disso? Qual é o problema? Então, o SUS, ele é a maior política social já implantada nesse país, e eu digo a maior porque o SUS atinge 100%. Apesar de em torno de 25% ser usuário da saúde suplementar, eles não estão imunes a um belo diz utilizar a sua carteirinha tão amada, tão sonhada, e simplesmente dar de cara na porta. E você vai, no final das contas, correr na direção de quem? Quem é que vai acabar atendendo você, mesmo estando nessa situação precarizada? Então, sonho eu tenho de que um dia a gente possa ter ampla e única oferta de serviços públicos, mas é preciso também haver um debate com a sociedade. É preciso que a sociedade escolha qual é o modelo que ela quer, entendeu? Esse modelo estratificado, onde, em tese, quem tem mais recursos tem melhor um atendimento, ou um atendimento que é igual, sem preferências, independente da sua classe social? E só um último parêntese: o SUS, ele não é gratuito. Você, no momento que você tá lá sendo atendido, você não paga, mas você, mensalmente, e até diariamente, ao consumir produtos, a pagar impostos, você tá financiando o SUS, então o SUS, ele não é de graça.

**(Entrevistador) Analisando os efeitos combinados entre a expansão do SUS e a expansão dos planos de saúde, seria possível que uma proposição como a dos planos acessíveis viesse a “desafogar” os atendimentos prestados pelo SUS, notadamente nos atendimentos de baixa e média complexidade.**

LF – Eu acredito que não, porque hoje o grande problema do SUS é média e alta complexidade, né? Baixa complexidade a gente observou um avanço a Estratégia de Saúde da Família, e, com isso, aumento do número de Unidades Básicas de Saúde, então esse tipo de serviço está sendo muito bem disponibilizado, aumentou-se a cobertura. Consultas básicas e exames básicos você consegue sem problemas hoje na rede. O grande problema é média e alta complexidade, que, infelizmente, grande porção delas tá hoje, é, hoje quem detém esses serviços é a rede privada. Falta um monte coisa: falta de interesse político, falta de gestão, subfinanciamento, então hoje há um número reduzido de profissionais especialistas, há um número reduzido de policlínicas, de unidades especializadas e, infelizmente, hoje quem detém grande fatia desses serviços mais especializados é o mercado. Então, olha que ironia, o SUS é o grande financiador do mercado, porque o SUS, ao não ter estruturas públicas, acaba tendo que contratar. Aí contrata da onde? Do privado. É óbvio que há uma preferência pelos ditos sem fins lucrativos, só que, por vezes, é algo tão específico, é algo de alta tecnologia, que acaba que tem que contratar mesmo dos com fins lucrativos.

**(Entrevistador) Quais são os obstáculos que você enxerga na proposta da questão anterior? Por que? Quais os facilitadores? Por que?**

LF – Então, esses planos acessíveis, eles vão reduzir ainda, pra ele serem implantados, eles vão ter que reduzir ainda mais o rol de procedimentos, que, como eu já disse, é um rol que tem questões pontuais, ele tá muito longe de cobrir o que o SUS cobre, então vai diminuir mais ainda, né, mas tem certas pegadinhas, porque num primeiro momento, na forma como foi colocado, você vai ter uma redução na sua mensalidade, uma vez que vai diminuir a sua cesta de serviços, mas, ao mesmo tempo, como uma forma de compensar as empresas, eles vão querer também criar formas de pagamento extra, ou seja, né, houve recentemente a discussão do fator moderador, né, que é a dita coparticipação e a franquia. Então, num primeiro momento você vai pagar uma mensalidade reduzida, mas toda vez que você for utilizar o plano você vai ter que pagar um percentual correspondente a cada procedimento, então vai chegar num momento da vida que você pode ser acometido por doenças crônicas, e você vai ter uma maior necessidade de utilizar o determinado plano de saúde. Então você vai perceber que aquela mensalidade que no primeiro momento foi reduzida, no final das contas, quando você for fazer o somatório da mensalidade mais os percentuais que você vai pagar de coparticipação e franquia, você vai se deparar com valores muito maiores. Então, o que a gente percebe é que as empresas só querem ficar, digamos assim, com a nata. Querem pessoas saudáveis. A partir do momento que você começa a envelhecer, adoecer, criam-se meios e mecanismos para que você seja, digamos assim, expulso do plano. Então, o que a gente vê é que tá havendo um compartilhamento de responsabilidades, entendeu? Porque quando você paga um seguro é isso: você tá compartilhando com a empresa o risco. E não, as operadoras, as empresas, tão querendo jogar o risco todo pro usuário, e isso, de fato, é uma grande armadilha, isso é um grande perigo

pra sociedade acreditar que esse seja o modelo ideal de saúde, lembrando que nós estamos em um momento onde a população está envelhecendo, está havendo uma inversão da pirâmide, então um maior número de pessoas vão necessitar de maiores procedimentos e, infelizmente, como já dito, a gente vive num país extremamente desigual, as pessoas, ao se aposentarem, ao mesmo tempo que são acometidas por doenças crônicas, acabam por haver uma redução do seu salário, ou seja, essas pessoas serão expulsas dos planos de saúde e irão ter que tratar aonde? Num SUS onde a gente tá vendo um movimento de desmantelamento, desestruturação e subfinanciamento dele. É a questão do modelo de sociedade que a gente vive. E outra coisa, é um bombardeio. Você liga a tv, você liga o rádio ou você abre um jornal, você vê um bombardeio só focando naquilo que tem problema e não funciona no serviço público, e na sequência o que que você se depara? Com uma propaganda de plano de saúde com uma figura pública, contagiante, com forte influência na massa, dizendo que a solução pra ela é o plano de saúde. E essa mesma imprensa, nas suas diferentes modalidades, não demonstram da mesma forma os problemas vivenciados pelos usuários da saúde suplementar.

**(Entrevistador) Quais as suas perspectivas para os cenários a curto e médio prazos na relação entre o público e o privado em saúde? Por que?**

LF – É, infelizmente, é, eu acredito, como eu já disse, né, o candidato que tá liderando as pesquisas, ele entende pouco de saúde, e ele tá sendo assessorado por pessoas que têm forte influência no mercado. Então, acredito que agendas antigas, e até recentes, que são colocadas pelos representantes do mercado, irão avançar nessa nova legislatura. Tipo? Tipo planos populares. Em nenhum momento esse candidato, ele disse que pretendia rever a EC 95, e essa EC 95 é medida, dentre outras, a que afeta a saúde de maneira mais grave, e, na perspectiva do mercado, a EC 95 e os planos populares se complementam, porque uma vez que um SUS que já apresenta problemas, de certa forma ele tendo seu financiamento congelado, acompanhado do envelhecimento da população, do surgimento de doenças, e então uma maior procura pelos serviços ofertados, isso vai fazer com que a população tenda a acreditar que essa solução é excelente, que agora, principalmente as populações mais humildes, elas vão ter essa falsa ilusão que agora ela, de uma certa forma, é, vai ter um atendimento adequado, e fora a questão mesmo intrínseca, de que ela não vai se mais vista como, digamos assim, a ralé, de uma certa forma ela vai tá mais próxima da dita classe média, né, porque agora ela vai ter, digamos assim, um artigo de luxo, que é o plano de saúde, e ela não vai precisar mais utilizar aquela sistema que, até então, propagado que é pra pobre. Então ela não vai mais precisar aquele sistema que é pra pobre, entendeu? Ela agora vai ser inserida em uma nova camada da sociedade, a camada dos ditos detentores de planos de saúde, sendo que mal ela sabe que tá cheio de armadilhas nessa ideologia de que planos de saúde é a solução para os problemas da saúde.

**(Entrevistador) Como você percebe a atuação do Movimento Chega de Descaso nos conflitos entre Governo, operadoras e consumidores no contexto atual?**

LF – O Movimento Chega de Descaso tem uma atuação fundamental. Não à toa, esse crescimento que a gente tá tendo, vertiginoso, em tão pouco tempo. O Movimento Chega de

Descaso, ele foi fundado em 2014, e, em 2016, a gente evoluiu para uma organização. Hoje, nós somos uma associação sem fins lucrativos registrada, e a gente tem como pilar a defesa do Sistema Único de Saúde, mas a gente também atua em defesa de uma saúde digna, humanizada e acessível. Então, a gente presta apoio, a gente serve aos interesses individuais e coletivos dos usuários do SUS e dos usuários da saúde suplementar. A gente tem uma sede no centro do Rio. Então a gente tem um leque de atuações, a gente tem um leque de atuações: advogados, psicólogos, serviço social, a gente tem economistas, a gente tem jornalistas. Alguns são remunerados via projetos que a gente conseguiu via edital, e a maioria é voluntário, tá ali pela causa mesmo. Então é uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, todos em prol da luta em defesa da saúde, né? Então a gente tem um leque de atuações, a gente, a que é mais conhecida é o que a gente chama de *advocacy*, né? A gente participa de instâncias de participação social, como conselhos, conferências, a gente participa de audiências no Congresso, então a gente debate com os entes públicos a necessidade de reavaliar a forma como a saúde tá sendo tratada. E a gente também escreve projetos, enfim, e local a gente também tem essa atuação de prestar atendimento às pessoas que se consideram lesadas pelo sistema de saúde, então a gente presta suporte jurídico, assistência jurídica e psicossocial pra essa população que nos procura por se sentir lesada pelo sistema público ou pela rede privada. E a gente também tem um projeto chamado Chega de Descaso Itinerante, onde a gente envia profissionais do serviço social pra porta das unidades de saúde pra conversar com a população e, a partir de um formulário, a gente faz um levantamento de quais são as principais demandas da população naquele local. Então, com todas essas informações, né, as pessoas que nos procuram presencialmente, e as pessoas que nos procuram virtualmente através das nossas redes sociais, a gente recebe mensagens diariamente do país inteiro, né, então com todas as informações a gente tem alimentado um banco de dados, e com esse banco de dados a gente pretende formular propostas de políticas públicas pra saúde com base nessas informações coletadas.

**(Entrevistador) Gostaria de acrescentar alguma informação ao tema?**

LF – Esse debate, né, da saúde, ele envolve outras questões muito mais profundas de modelo de sociedade mesmo, né? E, como a gente já sabe, né, a saúde, ela é muito além do que tratar uma doença, né? Ela tem diversos determinantes sociais que são relacionados com o processo de adoecer, né? Então, é, eu gosto de dizer que lutar pela saúde é lutar contra tudo aquilo que tá nos oprimindo, né, então a defesa da saúde, ela tem que estar *linkada* à defesa do direito à educação, à defesa do direito à moradia, alimentação, saneamento básico, então, é, a luta em defesa da saúde, a gente, assim como foi durante o processo da reforma sanitária, a gente precisa nos unirmos a diversas outras pautas que são *linkadas* e que são de extrema importância, porque não adianta nada a gente lutar por um, por uma melhor oferta de serviços públicos do sistema se muitas das vezes boa parte da população não tem nem saneamento básico, boa parte da população não tem acesso à educação adequada, muitas das pessoas não tem um teto pra morar. Então são muitas outras questões. São vinculadas com o tema, então é preciso que a gente debata mais isso com a sociedade, né? A gente tem que partir pro enfrentamento mesmo, porque o mercado é poderoso, o mercado é influente, o mercado tem recursos, então o mercado, ele



simplesmente compra a grande mídia, e a grande mídia, através dos seus mecanismos, acaba por influenciar a grande massa, e ela influencia de maneira a denegrir aquilo que é público, e sonhar, almejar, optar por aquilo que é privado, sem deixar claro os deméritos dessa escolha.

## C - FENASAÚDE

Transcrição de entrevista com **José Cechin [JC]**, diretor-executivo da **Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde)**, realizada em 19 de novembro de 2018 às 14:49h na sede da Fenasaúde no Rio de Janeiro, com duração de 1 hora 8 minutos e 21 segundos. José Cechin é diretor-executivo da Fenasaúde desde 2010. Antes disto foi Superintendente Executivo do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) entre 2006 e 2010. Durante os anos de 1995 a 2002 foi secretário executivo do Ministério da Previdência Social, ocupando o cargo de Ministro da Previdência durante o governo Fernando Henrique Cardoso de 08 de março de 2002 à 01 de janeiro de 2003. É formado em engenharia eletrônica pelo ITA (Instituto Tecnológico de Aeronáutica), mestre em engenharia elétrica e economia pela Unicamp e mestre em economia pela universidade de Cambridge. O primeiro contato com José Cechin deu-se através de mensagem enviada a seu correio eletrônico pessoal em 06 de novembro de 2018. Nossa conversa está transcrita abaixo, não sem antes agradecer-lo imensamente por sua contribuição a este trabalho.

**(Entrevistador) Defina, resumidamente, por gentileza, sua trajetória profissional no campo da saúde no que tange à saúde suplementar.**

JC – Comecei em saúde em 2006, em São Paulo, com a tarefa de montar um Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Fazia estudos em saúde suplementar. Lá foi meu primeiro contato. Se vão, portanto, já 12 anos. Fiquei no instituto 4 anos. De então, vim pra cá. Desde 2010, final de 2010, até hoje, eu tô aqui como diretor executivo desta área aqui. Minha trajetória de saúde suplementar é essa. Nenhuma atividade dentro de saúde antes disso.

**(Entrevistador) E por que o senhor escolheu esta área?**

JC – Eu fui governo muitos anos. Saí, fui pra São Paulo. Atuei como consultor na área de previdência bastante tempo. No meio do caminho, um conhecido meu de longa data que tinha sido meu professor até na escola, na faculdade, disse: “olha, estamos querendo montar um instituto que pense, estude, dê suporte técnico a decisões na área de saúde suplementar. Cê gostaria de assumir esse cargo?” Eu falei assim: “Vou”. Aí fui lá pra conversar com as pessoas que tavam por trás e tal, enfim, e assim comecei na área de saúde suplementar.

**(Entrevistador) Em sua opinião, é possível que a saúde pública e a saúde privada coabitem em um mesmo sistema e por que?**

JC – Se você está chamando de sistema o sistema de saúde brasileiro, eu diria que sim. Não só que é possível que habitem. Eu diria: “a saúde do brasileiro não será completa sem uma das duas pernas. Precisa do SUS, precisa do privado. Isso é assim no mundo inteiro, em todos os cantos. Não há país em que governo não entre para dar atenção à saúde ao conjunto dos seus

cidadãos. Normalmente são os mais despossuídos, os que não têm emprego, que não têm renda. Normalmente é nessa linha aí. Que ele vai pela filantropia privada ou vai pelo sistema público. Em qualquer país. Estados Unidos, que gasta uma fortuna com saúde. Eles têm lá 30, 40 milhões de americanos, que são assistidos por essa saúde pública. Não há país em que não se dispense a presença do Estado para dar saúde a um bom conjunto de cidadãos porque será a única alternativa que eles têm. Há um outro conjunto de pessoas, em qualquer sociedade, que têm posses, que têm renda, que por qualquer que seja o motivo queira ter um acesso privado à saúde. Não é o caso de se discutir porque eles têm essa preferência, né? E a pergunta no sistema que a gente tem aqui hoje: faz sentido vedá-los de ter? Beneficiaria alguém vedar a pessoa que tem posse, que quer botar um dinheiro extra pra ter um sistema diferente e prestadores diferentes? Por que vedá-los? Essa atitude dessa pessoa não tira um tostão do SUS. O dinheiro do SUS é dinheiro de orçamento. Não depende de quantas pessoas compram planos privados. E o SUS faz o que o orçamento permite que faça. Sempre podendo melhorar, fazer melhor gestão, etc, mas a limitação do SUS é dada pelo que a sociedade e governo conseguem colocar como orçamento. Ora, se há um conjunto de pessoas que, podendo, escolhem ter planos privados, e se valem de serviços privados que não são o sistema público, esse dinheiro está contribuindo para a saúde do brasileiro como um todo. Na medida em que a pessoa tem um plano e é atendida no sistema privado, é uma pessoa que não estará utilizando para aquela finalidade o sistema público. Aí vão dizer: “o sistema público sempre a todos, mesmo os que têm planos de saúde”. Verdade. Por que? Porque ele tem que fazer vacinação, típica do setor público. Não é que o setor privado não possa fazer, mas há grandes vantagens sociais em o governo fazer. O governo faz? Faz pra quem tem plano. O governo tem que fazer saneamento. Boa parte do saneamento se reflete na saúde da população. Quando ele faz saneamento, ele atende quem não tem plano? Atende quem tem plano. Quando faz campanhas pra adoção de hábitos saudáveis, combate ao tabagismo, a obesidade, alimentação adequada. Ele faz pro brasileiro. Se vale quem não tem plano. Se vale também quem tem plano. Reconhecemos que é um conjunto grande de ações feitas pelo público que atingem a cada brasileiro, tendo ou não planos de saúde. Mas eu me refiro à outra coisa. Pessoa precisa fazer uma cirurgia eletiva, trocar o quadril, botar uma prótese de quadril, ele tem dois caminhos se ele tiver plano. Se ele não tem plano, só depende do SUS. Se ele tem plano, ele pode ir no SUS. Ele não perde o direito de ir ao SUS. E se ele for, o plano tem que ressarcir o SUS. Se ele tem o plano não vejo motivos para ele preferir, de maneira geral, ir pro público. Ele vai pro privado. Então essa é uma cirurgia que não precisará ser feita pelo privado. Então se havia mil pessoas na fila esperando cirurgia de quadril, terá uma a menos porque essa pessoa vai no setor privado. Então é nesse sentido que a pessoa que paga um plano de saúde aporta mais dinheiro pra saúde do brasileiro. Aporta voluntariamente, porque não é obrigado. E quando busca o serviço privado pra aquele serviço, ele não ocupou uma vaga no SUS. Repito. Ele se vale de todos os serviços públicos que o SUS presta: a vacinação, saneamento, campanha de hábitos adequados, combate ao tabagismo, programa de prevenção de AIDS, tudo isso beneficia a todos os brasileiros, mas nesse outro, que é o lado eletivo, ele fazendo privadamente não ocupa uma vaga do SUS.

**(Entrevistador) Caso sua resposta à questão anterior seja positiva, como foi, os conflitos existentes são administráveis ou há chance de uma ruptura definitiva?**

JC – Como eu falei, eu acho que não existem conflitos entre os dois. Não existe. A pessoa tem plano de saúde, ela tem o direito de buscar o SUS sempre que ela quiser. Ela não abdicou desse direito, nem ficou desobrigada do dever de pagar suas contribuições sociais. É, mas ela pagou um plano, ela vai buscar o serviço. Eu não vejo conflito nessas duas ações aí.

**(Entrevistador) Se todo este valor gasto fosse todo aplicado no SUS nós teríamos um SUS para todos. Ninguém precisaria de planos de saúde. O que você pensa disso?**

JC – Eu penso o seguinte. Você botou um “se”. Vamos ampliar esse “se” aí. A pergunta que eu devolveria é: “como é que você transformaria esse “se” em realidade”? Como é que você arranca dos indivíduos que hoje gastam R\$100,00 por mês pagando um plano de saúde? O governo vem e diz pra ele “olha, escuta aqui, meu caro, esses R\$100,00 dá pra mim que eu com isso dou acesso a todos os brasileiros”. Como é que cê faz isso? Cê teria que mudar a nossa Constituição. Você vai expropriar essas pessoas desta renda, privá-la de fazer a opção privada. Como é que você faz isso? Então quando essa pessoa, voluntariamente, busca um plano de saúde, no fundo este dinheiro está sendo aportado para o sistema de saúde. Por isso é que eu não vejo conflito nisso aí. Acho que não há conflito a ser administrado, nem a chance de ruptura de sistema. São dois que tem que coexistir. Haverá um dia em que a sociedade é suficientemente rica, o governo tão eficiente que tem dinheiro suficiente pra dar uma atenção de altíssima qualidade para todos os brasileiros? Sonhamos com esse dia. Tomara que cheguemos lá. O fato é que estamos longe disso. Mas vamos pegar exemplos mundiais, de sociedades ricas tipo a Grã-Bretanha. O NHS, você lembra, foi enaltecido na Copa do Mundo o que aconteceu em Londres. O cidadão inglês é muito orgulhoso do sistema que ele tem. E, no entanto, cê tem aí 15% dos britânicos que tem plano de saúde. Por que que tem plano de saúde? Ah, é porque eles querem uma hotelaria diferente, não quer ficar em enfermaria. É ruim que a pessoa deseje e pague pra ter? Você no hospital, você precisa de uma atenção médica, igual pra todos de preferência, onde a conduta e a prescrição médica não distinga poder aquisitivo. Agora, há pessoas que não querem ficar em enfermaria, têm posses e podem pagar um quarto, ela deve ser vedada de ter acesso a um quarto. Essa é a nossa posição. Veja, sociedades absolutamente igualitárias não existem, e eu diria mais: não vão existir. Porque veja, assim como você escolheu livremente, eu imagino fazer psicologia, e agora escolheu livremente fazer o mestrado em planos de saúde, eu escolhi fazer engenharia, e, depois da engenharia, escolhi não trabalhar no setor privado e trabalhar pra governo. E depois deixei a engenharia pra trabalhar em saúde e previdência. São escolhas, somos diferentes. Imagina se todo mundo fosse psicólogo. Não tem como. Todo mundo fosse ator, fosse filósofo, escritor. Não. O interessante da sociedade é essa pluralidade. Todos têm que viver. Agora, eu acho, quando há essa ideia da sociedade igualitária, eu subscrevo a seguinte ideia: que todos têm que ter oportunidade iguais no começo. O resultado é diferente. Como é que é uma competição de cem metros rasos? Todo mundo sai e sai no mesmo instante. O cara pula um pouquinho antes, queimou, ele perdeu. Agora, todo mundo chega junto? O que importa é que todo mundo tenha acesso a boa educação, de qualidade, etc. O que vai ser na vida? Alguns vão curtir a vida. Eu tenho um filho que ele preferiu viver com

nada, tinha um emprego, diminuiu a quantidade de carga, diminuiu seu salário. “Eu não quero. Eu quero curtir a minha praia, gosto de surfar, de fazer isso”. Às vezes eu fico até chateado, mas ele fez isso com a vida dele. Ele que escolheu. Então, eu acho, porque vedar as pessoas de buscar um caminho ou outro? Todas têm que ter igualdade de oportunidades no começo. Nossas políticas públicas têm que ser tais que todos os brasileiros tenham chances similares, parecidas. As pessoas são diferentes, são diferentes nas suas aptidões, nas suas inclinações, nos seus desejos, na sua história, na sua cultura. E temos que respeitar essa diversidade. Eu penso nessa linha aí.

**(Entrevistador) O mercado de Saúde Suplementar, em sua opinião, é pouco ou muito regulado? Por que?**

JC – Eu diria o seguinte: como economista, sou engenheiro de formação, mas acabei fazendo mestrado em Economia. O economista aprende na escola que, quando os mercados funcionam dito perfeitamente, muitos ofertantes, muitos compradores, etc, é um mercado de livre concorrência. Esse é o que melhor dá resultado para ambas as partes. Pro vendedor, pro comprador e, portanto, pro consumidor. Mas há áreas em que o mercado não funciona. Pense o seguinte, você conheceu muito bem a telefonia fixa antes do celular. Pra você ter um telefone fixo tinha que passar uma linha de fios de cobre na porta da sua casa. Tinha sentido passar duas linhas de fio de cobre na porta da sua casa pra você escolher a primeira ou a segunda, ou escolher entre dez linhas telefônicas? Era um brutal desperdício. Isso se chama monopólio natural. É mais eficiente do ponto de vista técnico que uma empresa única forneça linhas telefônicas pra uma cidade. Bom, esse é um caso de monopólio. Bom, se ela é única, ela cobra o preço que quiser. Então o governo entra e diz: “não. Você tem o direito de concessão, concedo a você, mas vou controlar teu preço”. Então, há situações onde o mercado não funciona bem porque tem as ditas imperfeições. Quando ele não funciona bem ele não dá bom resultado. Ele normalmente, o resultado que ele produz é ruim pras pessoas, pros consumidores, então entra o governo pra regular. Na área de saúde, ele é um mercado perfeito? Não é. Não é porque você conhece o seu estado de saúde. Você sente seus sintomas, você não sabe diagnosticar, e, mesmo diagnosticado, você não sabe se tratar. Então tem muita assimetria de informação que faz com que o mercado, por si só, não funcione direito. Por conta disso precisa ser regulado, mas que tipo de regulação? Tem que ser aquela que corrige falhas de mercado, aquela que suprime a chamada simetria de informação. Ela obriga você a contar pra seguradora, quando você compra um plano, seu estado de saúde naquele momento. Você é portador de doenças pré-existentes no dia que você compra um plano de saúde? Que você saiba se. Você pode ser portador e você não saber. E se você omite, e faz o contrário, teu contrato é nulo, pode ser nulificado. Agora, tem algo que precisa regular na linha de preços, por exemplo, de planos de saúde? Ali a coisa é um pouquinho mais complicada. Porque você vai dizer o seguinte: o indivíduo é hipossuficiente perante a operadora. A operadora vende o plano. Quer comprar é isso aí. Aqui então tem uma linha de argumentação que diz: olha, precisa de abrir um controle de proteção porque o indivíduo é hipossuficiente. Então o plano individual ainda se admite a interferência no controle de preços até por uma outra razão. Porque se o seu preço subiu muito, cê quer ter um plano, seu preço subiu muito e você diz: eu não vou pagar esse reajuste, vou mudar de operadora. Só que

durante seis meses, pra estar coberto, tem que pagar dois planos. Ou seja, isso é um empecilho à livre concorrência. Se você tem um reajuste, pudesse mudar no dia seguinte, o mercado é competitivo. Ele não é. Então tem uma falha de concorrência aí. Isso justifica algum controle de reajuste nos planos individuais. Nos coletivos, esse argumento não existe. A pergunta é: ele é regulado demais? Eu acho que há regulamentações necessárias e positivas. Há regulamentações que são claramente excessivas ou que não estão bem feitas. Exemplo: controle dos reajustes dos planos individuais. Ele levou a que situação? Ao desaparecimento desse produto no mercado. Significa o que? A regulação não está boa. Porque ninguém quer vender este produto. Se eu sou uma seguradora e vendo plano de saúde, eu quero vender plano de saúde. Por que eu não vendo? Porque a incerteza como negócio é muito grande, porque o preço é regulado, porque tem obrigações adicionais, porque não pode isso, porque não pode aquilo. Então eu acho que há, sim, reconheço que a regulação é necessária nos planos de saúde, alguma regulação de preços é útil dada a hipossuficiência e a essa dificuldade de concorrência no plano individual, mas acho que, em algumas circunstâncias, a ANS vai na micro regulação e isso não era necessário. Exemplo: pensa aí o que foi proposto este ano, coparticipação, que teve esse rolo que envolveu até a ministra do Supremo, que voltou atrás. Um dos dispositivos é: você não cobra coparticipação quando o assunto, o pedido que a pessoa vai fazer, é útil, porque evita que ela fique mais doente no dia de amanhã. Então, ações preventivas, a mulher tem que fazer exame de seio a cada uma vez por ano até certa idade. Ora, se eu quero que ela faça pra evitar de ser surpreendida com um câncer em estágio avançado, eu não posso cobrar dela coparticipação. Eu entendo que ao fazer isso ela evita uma situação muito mais grave no dia amanhã, e, portanto, evita custos muito altos para a operadora. Então de interesse da própria operadora estimular suas mulheres nesta faixa etária a que façam o exame, deixando de cobrar. Se a operadora tem esse próprio interesse, ela precisa ser regulada? Precisa dizer que tá ra tá? Deixa o mercado. Vai ter uma operadora que não vai liberar a coparticipação no exame de câncer de seio. Oh, essa pessoa um dia vai mudar de plano. O exame é feito uma vez por ano. Então, esse tipo de coisa, ela vai onde não há necessidade, não há argumentos técnicos pra ela regular. Então é excessiva desse ponto de vista. É necessária, é útil, produziu excelentes resultados, mas ela, em muitas ocasiões, extrapola pra áreas que ela não precisaria estar regulando.

**(Entrevistador) Em cima disto, o senhor pode falar um pouco de como o senhor enxerga a judicialização da saúde?**

JC – Eu vejo da seguinte forma: primeiro vou colocar um lado positivo. As pessoas hoje são muito mais cientes dos seus direitos. Tem muito mais instrumentos pra fazer valê-los, e tem muito mais desejo de fazer valer seus direitos. Não era assim no passado. Você tinha vergonha de reclamar. Você levava pra casa um sapato furado e você não reclamava. Veio o Código de Defesa do Consumidor e eu acho que isso mudou a atitude e o comportamento das pessoas. Isso é o lado positivo. Cê tem que fazer valer os seus direitos. Então há propensão maior das pessoas reclamarem. Há mais canais de reivindicação e de busca dos seus direitos. Diversos. Inclusive, eu acesso o judiciário. Então eu digo: sempre que um direito legítimo é desrespeitado, apene-se aquela empresa que o desrespeitou. E ele terá todo o nosso apoio em buscar esse direito na justiça. Agora, ponha-se o seguinte caso: o contrato dele é um contrato antigo, e diz olha “órtese

e prótese nesse contrato antigo não estão cobertas, mas se você quiser tá aqui uma proposta de atualização do seu contrato. Você vai pagar 20% mais caro na mensalidade, mas você vai ter tudo o que é coberto nos planos atuais”. E a pessoa diz: “não quero”. E depois a pessoa precisou. É correto ela buscar na justiça esse direito? Então, há muitas situações desse tipo, de pessoas que, por comodidade, por não querer gastar esse 20 adicional, que por não sei o que, optaram na contratação do seu plano a excluir certas coisas. Agora, o pior aconteceu a essa pessoa ou sua família. Eu acho que ele tinha que arcar com as consequências das escolhas que ele fez no passado. No entanto, ou por desconhecer, que existe muito disso, ou por saber que a chance de ganhar é muito alta, ele vai escolher o caminho de buscar o direito na justiça. E, na medida que ele o obtém, ele reforça esse sentimento a priori de que “se eu tentar eu ganho”. Então, eu digo o seguinte: quando há um direito negado, apene-se quem negou. E apene-se severamente. Há uma zona que é uma zona de dúvida. A gente não sabe a priori, porque a lei não é a linha divisória sim e não. É uma zona cinzenta. Casos que caíam na zona cinzenta são os casos típicos de julgamento do judiciário. O juiz vai aplicar. Nesse outro lado de cá em que a pessoa não tinha o direito, eu acho que não podia consegui-lo na justiça, porque ao consegui-lo ele tá onerando quem? Toda a comunidade de pessoas que tem aquele plano. Eu cito um caso aqui. Uns três anos atrás, acho que o Jornal Nacional veio com uma matéria fantástica de quatro denúncias contra operadoras planos de saúde que negaram cobertura. Uma delas era negativa de parto. Uma moça parturiente tinha plano de saúde, e o plano negou a cobertura do parto. Foi o maior escândalo na televisão, no jornal, esse de domingo à noite aí, o Fantástico. O que a televisão não disse é que essa pessoa... faltavam dez dias de carência. Ela tem direito se ela teve o contrato do plano de saúde feito trezentos dias antes do nascimento, que é a regra do INSS do salário maternidade. Então a rigor essa pessoa tinha esse direito? A rigor não tinha. A operadora podia ter concedido? Podia, mas um dia, numa reunião de procuradores do Ministério Público, tinha acabado de acontecer, disse: “ó, lembra desse caso aqui? Pois é, imagine que, na sua mesa, chegasse ao seu conhecimento que um servidor público, funcionário do INSS, deferiu um salário maternidade para uma parturiente que tenha duzentos e noventa dias de filiação ao INSS, quando a lei pede trezentos. Que que você faria? Ia mandar uma carta? Parabéns, funcionário, pela sua compaixão por essa pessoa e tal. Ou você ia chamá-lo a responder um processo administrativo disciplinar?” A situação não é similar? Esse é o tipo de questão que a gente põe. Eu acho que a justiça está aí pra fazer justiça. Fazer valer direitos que são negados. E pra decidir na zona cinzenta, em que você não sabe a priori exatamente, mas ela deveria negar pedidos de, vamos chamar assim, de gente que mora em situação dramática, desesperadora, etc, busca algo que a rigor a pessoa não contratou.

**(Entrevistador) Você considera os consumidores de planos de saúde em posição vulnerável no atual regime regulatório. Por que?**

JC – Bem eu acho que essa palavra vulnerável é uma palavra bastante ampla. Então se eu estiver pensando numa situação de uma pessoa, minha sogra, 87 anos de idade, uma situação bem complicada de saúde, a cabeça ainda funciona direitinho, etc. Ela tá em uma posição vulnerável? Tá. Tá vulnerável na sociedade. Ela já não anda mais, muito pouco, ainda consegue fazer as coisas dentro de casa. Essa pessoa é bastante vulnerável. Então pessoas que estão com

problemas mentais, com demência, com Alzheimer, muito idosos, claro que estão em situação vulnerável. Contra o SUS e contra planos de saúde. Consumidor, faixa etária de idade ativa, trabalhando, com renda, com instrução, ele é vulnerável frente ao regime regulatório? Não. Frente ao regime regulatório eu acho que não, porque o regime regulatório busca a proteção dele. Então ele diz o seguinte: já que a concorrência não é perfeita, eu vou controlar o reajuste do teu plano individual. É feito pra proteger o indivíduo. Eu também faço com que a operadora não possa romper unilateralmente o teu contrato individual. Ela tá protegendo o indivíduo. Tá protegendo na hipótese de que ele é mais vulnerável perante a operadora. Então eu acho que a regulação veio exatamente pra suprir essas situações de vulnerabilidade das pessoas. Eu não tô falando nessas extremas que eu falei aí antes. As pessoas em condições de trabalho, de renda, que tenham educação, etc, tenham posição vulnerável frente a planos de saúde... não gosto muito de considerá-los como tal. Vão ter situações em que a operadora vai negar e a pessoa tem direito? Vai. Tem muita operadora que, né? Mas ele tem os caminhos pra buscar esse direito. Tem as denúncias pra ANS, tem o judiciário. Então ele tem caminhos alternativos, ele tem saídas frente a uma posição assim de muita força da operadora de plano de saúde. Já tive uma discussão num congresso de juízes sobre esse assunto aí. Eu quase apanhei quando eu falei que eu não gostava da ideia de pessoas vulneráveis. Ser vulnerável, caramba. Então tire-a da vulnerabilidade. De que forma? Dando acesso à informação. Mostrando as consequências das escolhas que a pessoa vai fazer, e a pessoa decide e escolhe, mas, enfim, parece que essa posição é minoritária, né?

**(Entrevistador) Você é favorável ou contrário à flexibilização do Rol de Procedimentos? Por que?**

JC – Uma questão, também essa, bastante complexa. Há países em que nos planos de saúde pode escolher entre padrões: padrão ouro, prata, bronze. Em princípio eles cobrem todas as doenças, mas não cobrem todo e qualquer tipo de procedimento. Pensemos apenas no seguinte: pessoa que precisa de uma revascularização. Ela pode fazer a céu aberto, pode fazer por medicação, pode fazer por *stent*. Pelo menos três caminhos diferentes. Uma pessoa que escolhe um padrão de plano diz: “olha, eu escolho esse padrão. Eu sei que ele só vai me dar o procedimento a céu aberto”. Então, a rigor ele escolheu não ter acesso aos outros dois. Isso, que eu entendo, é flexibilizar o rol de procedimentos. Aqui isso não é possível. Na Austrália é. Acho que quando você pensa nos planos americanos, ou prata e bronze naquelas Exchange, eu conheço pouco, mas eu imagino que seja pra esse lado aí. Eu iria um pouco além. Imagina que hoje tem um tal do robô que faz cirurgias. Tem quarenta já no Brasil, mas ele precisa de equipamentos que são caríssimos, de uso único. Precisa usar médicos que tenham passado por um treinamento sofisticado recente, com técnicas que não são muito bem dominadas ainda. Tudo isso é muito caro. A pergunta é: deveriam os planos de saúde hoje, ou o SUS, serem obrigados a dar cobertura a procedimentos cirúrgicos por essa tecnologia robótica? Hoje não é, mas amanhã pode vir a ser se o preço cair, se a quantidade de robôs se multiplicar, se o profissional não for tão mais caro quanto ele é hoje, se os materiais de uso único tiverem o preço mais em conta, por que não? Então a questão aqui no fundo é exatamente essa: nós, como indivíduos, queremos o último rito da tecnologia, mas o último rito custa muito caro. Podemos pagar por ele? Pensa



bem. Essa é a escolha que a sociedade tem que fazer. Se você olhar pra diversos países, Canadá, Grã-Bretanha, Japão, Austrália, são países mais ricos que nós aqui. Eles não incorporam a tecnologia no primeiro momento que ela é desenvolvida nos Estados Unidos. Eles fazem uma avaliação. Primeiro, ela dá melhores resultados dos que as que existem. O resultado é muito melhor? E quanto ela custa? Ela custa a mesma coisa? Então não se discute, incorpora. Custa mais caro, mas, custa um pouquinho mais caro, mas o benefício é muito grande. Claro, incorpora. Ela dá um benefício adicional pequeno, e o custo é muito alto. Deve incorporar? Essa é a escolha que sociedade tem que fazer. Então, aqui eu acho que eu posso fazer como indivíduo ter a minha escolha, mas a sociedade tem que dizer isso. Se ela quer incorporação rápida, imediata, de tudo, se, portanto, ela tem condições de botar a mão no bolso e pagar aquilo que custa, ou se ela prefere ir num ritmo mais lento, ter mais garantia, aguardar que as condições econômicas melhorem, e aí passar a introduzir. Acho que essa é a questão. Eu não tenho resposta pra isso, a sociedade é que tem que dar essa resposta, né? Você sabe que ao longo da vida os gastos com saúde são muitos altos quando você nasce, caem muito, depois sobem. E sobem muito aqui a partir dos cinquenta e poucos anos de idade. Então, além disso, você pode cobrar preços diferentes conforme a idade. Então ela já te permite isso. Então ela tá dizendo: “olha, você é jovem, quarenta anos, dificilmente vai precisar de um transplante de coração, problemas de câncer”. Acontece, mas a chance é pequena. Então eu vou pagar por isso quanto tiver mais idade, mais exposto a esses eventos. É isso que a precificação dos planos faz. Essa escadinha, mas a sua pergunta é: “eu poderia escolher um plano que não tivesse obstetrícia?” Pode. Plano que não tiver odontologia? Pode escolher. Um plano que não dá internação? Cê tem o plano só ambulatorial. Um plano que não dá tratamento ambulatorial? Pode escolher. Essas são as escolhas que você tem. Poderia ter escolhas além dessas, do tipo, empregada doméstica, vive de salário mínimo, dois salários mínimos. Ela não consegue tirar R\$ 500,00 pra pagar um plano de saúde. Vai depender de SUS. Mas quem sabe ela não consiga separar cinquenta pra ter direito a consultas, exames de laboratório, exames não muito sofisticados, etc. Deveria a ANS permitir um plano desse tipo. “Por que não?”, eu penso, minha pergunta. Pode ser que não tenha empresa interessada em vender esse tipo de plano pelos outros riscos que ela vai fazendo. Veja, no mercado tem cartão desconto. Pessoas compram um cartão de desconto pra fazer uma consulta pagando do bolso um preço mais baixo que o da consulta. As pessoas vão nas clínicas populares pra fazer uma consulta num preço que cabe no bolso delas. E se ela foi diagnosticada, imagina, você tem certamente há casos desse tipo, foi diagnosticada com câncer nessas clínicas populares. Vamos imaginar que o diagnóstico foi preciso. Que ela vai fazer? É errado essa clínica popular? Resolve algumas questões? Ela não ajuda 80% das pessoas que buscam atendimento? É resolvido lá. Haverá aqueles que precisam de uma cirurgia que não vai ser resolvido lá. Se ela não tem plano, vai cair no SUS. Agora, pelo fato de ter ido lá não diminuir a fila de gente para buscar os ambulatórios do sistema público? Então, é errado? Eu acho que não é. Eu acho que as pessoas deveriam ter esse direito de escolher planos alternativos com coberturas diferentes, sabendo que, se ela comprou esse plano dito popular, ela tem direito a consulta, hemograma, raio x, quem sabe lá uma ressonância uma vez por ano, uma tomografia, mas não teria direito, digamos a uma cintilografia, nem sei se isso é uma coisa cara ou não é, né? Cesta. Eu comprei aquela cesta. A pessoa tem que primeiro comprar consciente, saber o que tá incluído e o que não tá incluído. Ter ciência disso no momento da aquisição pra não

alegar depois que comprou enganado, mas eu acho que sim, que deveria ter essa diversidade de produtos na sociedade.

**(Entrevistador) Você identifica, nos últimos anos, principalmente a partir do primeiro governo Dilma, incentivos governamentais à expansão de planos privados. Quais?**

JC – A partir de governo Dilma? Não vejo. A demanda pelo lado de operadoras é que tenha maior diversidade de produtos, mas eu não tenho lembrança do governo Dilma ter acenado positivamente pra essa ideia. Eu tô lembrado de uma reunião da qual participamos aqui entre algumas empresas e a Dilma que ia com essa ideia aí, mas a Dilma não acatou. Houve um pedido. Incentivos governamentais? Não vejo nenhum incentivo governamental à expansão de planos privados de saúde. Que o setor tenha levado pleitos. Sim, levou. O empresário que foi ao governo pedir. O governo, que eu saiba, disse não. Não deu andamento a nada. Então eu não vejo iniciativas dentro de governo, nem de antes de Dilma, nem depois de Dilma, no sentido de abrir mais e mais espaço à saúde suplementar, exceto essa conversa que era do Ministro Ricardo Barros chamado “plano popular”, que ele dizia claramente: “quanto mais pessoas tiverem planos, ainda que populares, terá mais dinheiro pra saúde.” Não vai ter tudo? Não, não vai ter tudo, mas vai ter alguma coisa, né? Então eu não vejo na prática o governo ter adotado políticas de incentivo a planos privados. Ele propôs, especialmente o governo Temer com o Ricardo Barros, mas não aprovou. A questão que eu acho apenas no campo das especulações, porque na verdade os candidatos, nenhum deles, se pronunciou, fez propostas sobre a área da saúde, a não ser propostas genéricas que não são nem objeto de debate entre eles. Também não tenho visto propostas nem do Bolsonaro, nem diretamente do Paulo Guedes nessa linha. A pessoa que foi indicada ou está sendo indicada pra ministro, o Mandetta, é uma pessoa que foi de Unimed, presidente de Unimed lá em Mato Grosso. Então é uma pessoa que certamente conhece planos privados de saúde. Esteve em debates no congresso várias vezes pra alterar lei dos planos, etc. Agora, isso indica que o setor de planos de saúde será tratado mais favorecidamente no governo Bolsonaro? Eu acho que ele vai estar na agenda, mais do que esteve nas agendas anteriores. Agora, não imagino que venha de lá de governo qualquer incentivo adicional, quando eu falo em incentivo adicional é qualquer apoio financeiro pra expansão de planos de saúde. Poderá ter o discurso de que é importante que esse setor cresça, vamos dar boa regulação, vamos acertar os defeitos da regulação pra ver se as empresas se sentem mais atraídas a vender planos individuais. Isso eu acho que ele devia fazer. Acho que devia ser parte do programa de governo. O governo tem que olhar para a saúde de quem não pode ter plano de saúde, pra aquele que de fato precisa, depende exclusivamente de SUS, mas tem que olhar esse outro lado de pessoas que podem, desejam e querem ter acesso a plano de saúde. Eu não vejo a expansão de pessoas com plano de saúde, de qualquer forma que seja, que isso venha em prejuízo ao SUS, mas não vejo como. Eu vejo pelo contrário, que ele vem em auxílio. Na medida que essas pessoas fazem procedimentos que, de outra forma, teriam que ser feitos pelo SUS, vão ser feitos privadamente. Não estão ocupando espaço do SUS. Volto a dizer o que eu disse antes. É claro que há programas públicos que vão afetar a todos indistintamente. Peguemos o Programa de Saúde da Família, que é um programa elogiado internacionalmente no Brasil. As equipes médicas visitam as famílias nos bairros. Entre essas famílias haverá aquelas que têm plano de saúde. Isso

beneficia o plano de saúde? Mas claro. Se essa equipe consegue mobilizar essa família a ter hábitos saudáveis, cuidar da obesidade, comer direito, eliminar o alcoolismo e o fumo, o cigarro, isso vai beneficiar o plano de saúde, né? Sabemos que há essa interface. Ora, vai o programa de saúde da família fazer a pergunta: “você tem plano?”. Não tenho, não entro. Eu acho que essa é uma discriminação que não dá. Sabemos que há ações do serviço público que vão beneficiar setor privado dessas formas assim indiretas. Que haja benefícios financeiros para plano de saúde, o governo não está nem em condições de oferecer esse tipo de coisa. Eu acho que não vai ser nem parte da agenda. Vai ser parte sim “vamos melhorar a regulação pra que mais gente tenha plano de saúde”. Isso certamente. Eu espero que seja, né?

**(Entrevistador) Analisando os efeitos combinados entre a expansão do SUS e a expansão dos planos de saúde, seria possível que uma proposição como a dos planos acessíveis viesse a “desafogar” os atendimentos prestados pelo SUS, notadamente nos atendimentos de baixa e média complexidade.**

JC – É, eu diria aqui o seguinte. O SUS, hoje, como está e com o dinheiro que tem, não consegue atender a todos os brasileiros numa velocidade que seja razoável. Que haja fila no sistema público, acho que é normal. Há fila no sistema inglês. Há fila no sistema canadense. Há fila em todos os lugares. Porque não faz muito sentido você aparelhar o Estado a fazer uma cirurgia no dia seguinte em que a pessoa precisou. “Olha, preciso de um transplante, uma prótese de quadril”. Isso nunca é urgente. Isso vai acontecendo. Você tem anos em que você tem os primeiros sintomas, identificar a necessidade e você efetivamente fazer o procedimento. Então fila pra esses procedimentos é normal, e eu acho que é razoável em qualquer lugar. Agora, volto a dizer, pessoa que tem plano de saúde vai buscar o atendimento no plano. A capacidade de atender do sistema público é limitada. Fila vai existir. Essa fila será um tanto mais longa quanto menor o setor privado. Quando o setor privado se expande ele não vai afetar a capacidade do SUS de atender, mas ele vai afetar a quantidade de pessoas que estão na fila e o tempo que vão esperando. Uma vez conversando com o centro médico ortopedista lá de Campinas, dizia ele que ele era a unidade que mais fazia próteses de joelho em Campinas, e ele comentou que a fila para prótese de joelho, isso já tem quase dez anos, era de cinco anos pra fazer pelo SUS. Ora, se parte dessas pessoas tivessem plano e fizessem o procedimento pelo plano, a fila não seria de cinco anos, seria de quatro. O número de procedimentos não depende disso. Se o SUS se aparelhasse para ter filas de quatro meses pra qualquer tipo de procedimento, eu diria “de fato não faz muita diferença você ter plano e não ter”, mas não é assim. Notícia de pouco tempo atrás, que tinha aumentado a mortalidade de mulheres por câncer de mama em Brasília. Por que? Porque entre identificar o problema, fazer os exames, chegar à conclusão de que é um tumor maligno, iniciar os primeiros tratamentos... ia um ano. Em um ano o câncer evolui em uma velocidade estupenda, e essa pessoa é condenada a morrer por falta de atendimento. Aí você faz uma lei, mas se você não multiplica a quantidade de leitos do hospital, de médicos, a lei não pode ser cumprida, como não vem sendo cumprida. Então, o setor privado pode ajudar nisso? Eu acho que pode. Eu acho que está.

**(Entrevistador) Quais são os obstáculos que você enxerga na proposta da questão anterior? Por que? Quais os facilitadores? Por que?**

JC - Eu acho que essa ideia de plano acessível, ela nasceu com problemas de comunicação. Ela foi apresentada como: “resolver o problema dos dois milhões de pessoas que perderam plano de saúde”. Ora, quando você apresenta desse jeito, as pessoas leem: “isso é pra ajudar as operadoras que perderam dois milhões, pra tê-los de volta. O objetivo não é esse. O objetivo é aumentar estes trinta milhões de brasileiros que gostariam de ter plano de saúde e não tem dinheiro pra tê-lo. É pra esses. Então houve um problema de comunicação aí. Houve um problema porque disse que ia “desafogar” o SUS. Verdade. O SUS atende ao que o orçamento permita que atenda. Plano popular ia encurtar o tempo de espera e o tamanho da fila, não a capacidade de atendimento. Então ele foi mal percebido dessa forma aí. Outra, ele foi apresentado como dando uma atenção reduzida. Isso a sociedade não aceita. E nós aqui nunca propusemos um plano acessível que limitasse o tipo de atendimento a ser dado. A gente acha que as doenças estão colocadas, os procedimentos, a sociedade não aceita, mas tem um conjunto de regras que, se seguidas, o plano pode ser mais em conta. Por exemplo, você ter uma atenção chamada, uma atenção primária à saúde, um atendimento hierarquizado. Então, você sempre, seu primeiro contato quando você tem um problema de saúde é com um conjunto pequeno de médicos, que é o teu médico, o médico da tua família, aquele que te conhece. É ele que te conduz para a atenção secundária, terciária. Isso dá um uso muito mais eficiente aos sistemas de saúde. Diminui desperdícios. Então por que não permitir um plano desse tipo? Por que não permitir um plano que você defina com protocolos clínicos a serem seguidos para tais e tais tipos? Por que não permitir que o indivíduo compareça, sempre que faz um procedimento, ele paga uma taxinha. Tira pros preventivos, aquele que é importante fazer. Então eu acho que tem espaço pra ter, tem muitos brasileiros que desejariam ter um produto de saúde mais acessível, ainda que, a gente não entende que isso é abrir mão de direitos, porque você ter um médico de família é um direito seu. Você não deveria nunca ter acesso ao especialista de forma direta. Você não tem isso na Grã-Bretanha, não tem isso no Canadá, não tem isso na Itália, não tem isso em Portugal. Cê vai naquele médico, ele que te dá o caminho de se o seu problema é cardiológico, gastroenterologista, ou qual que é muscular ou ortopédico. Então acho que tem um conjunto de regras que se adotadas e formatado um produto, o produto podia ficar muito mais em conta, sem abdicar de direitos, sem diminuir níveis de atenção, sem perda de qualidade. Eu acho que as pessoas desejam ter isso. Aquela ideia, acho que nasceu morta por problema de comunicação.

**(Entrevistador) Quais as suas perspectivas para os cenários a curto e médio prazos na relação entre o público e o privado em saúde? Por que?**

JC – Muito se conversa que precisa intensificar esta relação. Hoje a relação é apenas uma e financeira. Se uma pessoa com plano de saúde é atendida pelo SUS, então eu tenho que ressarcir. Tem outras? Eu acho que tem. Exemplo: aqui no Rio de Janeiro, o leste aqui do Rio de Janeiro, a região lá de, como é que chama lá de, onde fica a TV Globo, Jacarepaguá, é uma região que é um vazio assistencial, não tem unidades públicas, não tem unidades privadas. Talvez seria um investimento ocioso abrir só pro público. Mesma coisa que abrir só pro privado.

Por que não botar os dois? Pessoas lá querem atendimento. Pouco importa quem é o dono. Querem ter acesso. Teria como fazer uma unidade que você compartilhasse público e privado? Eu acho que tem. Então por que não pensar nesse tipo de coisa? Pensar nos vazios de infraestrutura médica. Não só isso. Pensar em centros altamente especializados, sofisticados. Cê sabe que a chance de erro é tão mais alta quanto menor o número de procedimentos que o médico e sua equipe fazem, que o hospital faz. Por que não concentrar procedimentos caros, de baixa frequência, em poucas unidades em todo o país, em que atenda o público e o privado com regras de acesso. Aí o pessoal costuma dizer: “mas isso é uma dupla porta de entrada, e na dupla porta de entrada a preferência é pra aquele que paga mais”. Então põe uma regra. Pra cada um que entra pela porta de entrada que paga mais, você é obrigado a repor a outra parte. Põe uma regazinha. Tem vantagens? Tem. Lá no Incor de São Paulo, centro de excelência em procedimentos cardíacos. É público, atende o INSS, mas abriu uma porta pra plano de saúde. Que efeito teve? Permitiu melhor remuneração pros profissionais. Então os profissionais puderam permanecer na entidade, senão eles iam se evadir, iam prum lugar que pague mais. Então permitiu que os abnegados permanecessem lá com uma remuneração um pouco melhor do que teriam só do SUS. Entrou dinheiro que permitiu que a entidade se modernizasse. A modernidade atendeu não só às pessoas que tem plano de saúde. Atendeu e atende quem entra pela porta do SUS. Então há uma cooperação que eu acho superinteressante. Então, eu acho então que em centros de coisas sofisticadas, complexas, de baixa frequência, essa devia ser uma das políticas. Deveria ser permitido, deveria ser incentivado.

**(Entrevistador) Como você percebe a atuação da Fensaúde nos conflitos entre Governo, operadoras e consumidores no contexto atual?**

JC – Eu acho que, veja, que a relação operadora e beneficiário é uma relação de polos opostos. Uma vende e cobra mensalidade, o outro quer o serviço. E aquele tem que atuar com parcimônia para dar bom uso ao dinheiro que tem. São polos opostos de uma relação. O ponto está quando o indivíduo quer que a operadora, o que ele não contratou com a operadora. Como dizíamos antes, eu acho que é errado ele querer isso. É errado uma operadora que vendeu um produto e não entrega o que ela prometeu. Também é errado. Então o governo deve atuar nisso? Deve, deve atuar, via Agência. Agentes que recebem muitas denúncias de negativa de cobertura que são legítimas, que o indivíduo tinha o direito legítimo, ela atua, ela vai lá, ela fiscaliza, ela pode botar uma direção fiscal. Então é uma ação do governo frente a um potencial conflito entre operadora e beneficiário pra dizer: “operadora, cê tá errada”, ou então: “beneficiário, você não tinha esse direito”. Eu acho que essas entidades estão aí exatamente pra isso. O judiciário, para decidir questões da área cinzenta, apenas quando nega legítima mesmo, direito legítimo, e a rigor deveria negar aquilo que não é um direito da pessoa de fato, não tem o direito, até porque tem sempre a opção pelo SUS. A gente aqui, nosso papel tem sido de uma: demonstrar sempre ao consumidor, dizer quais são as regras, o que que tem direito, o que não tem direito, e fazemos isso internamente, fazemos isso junto ao judiciário, com publicações, com congressos, com seminários, com participação pública, etc. Então nosso papel aqui como federação é prestar informações, esclarecer, ver os argumentos, e seguimos por essa linha. A gente não tem poder

de decidir faz assim, faz assado, ou mandar nas operadoras. A gente não manda, mas essas questões que são comuns a gente as trata e leva adiante.

**(Entrevistador) Gostaria de acrescentar alguma informação ao tema?**

JC – Acho que você escolheu um tema bom, um tema adequado. Eu espero que você tenha sucesso lá.

## **D – ASSESSORIA DO SENADOR DA REPÚBLICA HUMBERTO COSTA**

Transcrição de entrevista com **Silvana Souza da Silva Pereira [SP]**, assessora legislativa do Senador Humberto Costa no Senado Federal, realizada em 17 de dezembro de 2018 às 15:20h via aplicativo *facebook messenger*, com duração de 35 minutos e 15 segundos. Silvana Souza da Silva Pereira é doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Mestre em Saúde Pública, Silvana possui graduação em odontologia pela Universidade São Francisco. Com passagens pelo Senado Federal (2011-2014), pelo Ministério da Saúde (2003-2005/2014-2015), pela ANS (2005-2011), entre outros, sua colaboração é muito bem-vinda. O primeiro contato com Silvana Souza da Silva Pereira deu-se através de mensagem enviada a seu correio eletrônico pessoal em 06 de dezembro de 2018. Nossa conversa está transcrita abaixo, não sem antes agradecê-la imensamente por sua contribuição a este trabalho.

**(Entrevistador) Defina resumidamente, por gentileza, sua trajetória profissional no campo da saúde no que tange à saúde suplementar.**

SP - Atuei na Agência Nacional de Saúde Suplementar de 2004 a 2011. Na chefia de gabinete e na Gerência Geral de Relações Institucionais. Atualmente sou doutoranda em saúde pública, cujo objeto de estudo é a saúde suplementar.

**(Entrevistador) Em sua opinião, é possível que a saúde pública e a saúde privada coabitem em um mesmo sistema? Por que?**

SP - É necessário que coabitem. A nossa Constituição permitiu isso, cabe aos gestores organizar esse processo, que deveria ser um ganha-ganha. Alguns aspectos podem ser explorados nesse tema. Primeiro, se legalmente é permitido, o papel do Estado deve ser de regular adequadamente, para que essa situação seja de interesse público. Segundo, que se historicamente a saúde brasileira é organizada com a presença do setor privado, cabe-nos organizá-los de forma que haja uma potencialização das ações benéficas a todos e impedimento das ações que prejudiquem os cidadãos. É de fato um desafio, mas se olhado sem amarras e sem preconceitos pode-se alcançar bons resultados. O prontuário eletrônico único poderia ser o primeiro exemplo disto. Outro exemplo seria o ressarcimento ao SUS não com um olhar de devolução de recursos apenas, mas como instrumento de planejamento tanto para o público e privado de possibilidade de compartilhamento de rede, identificando as necessidades do privado e as possibilidades do SUS, e o feedback de cada um.

**(Entrevistador) Caso sua resposta à questão anterior seja positiva, os conflitos existentes são administráveis ou há chance de uma ruptura definitiva?**

Não acredito numa ruptura. O sistema político não permite. Para isso deveríamos abandonar o capitalismo. E isso eu não vislumbro no nosso país. Portanto, não há outra alternativa, os conflitos devem ser administráveis. As tecnologias de informação, acredito que podem

organizar bem do ponto de vista organizativo. Alguns ajustes legais serão necessários.

**(Entrevistador) O mercado de saúde suplementar, em sua opinião, é pouco ou muito regulado? Por que?**

SP - Acho que é regulado o suficiente, o que acho é que há conflito de interesse na atuação do órgão regulador. A Agência oscila, desde 2011, entre diretores que defendem interesses distintos, uns acreditaram numa regulação frágil baseada na fragilidade política do governo. Atualmente é uma agência absolutamente burocrata, sem iniciativa política. Política no sentido do desenvolvimento de políticas públicas que fortaleçam o interesse público.

**(Entrevistador) Você considera os consumidores de planos de saúde em posição vulnerável no atual regime regulatório. Por que?**

SP – Eu acho que sim, eu acho que sim. Primeiro, que acho que quando a gente teve um crescimento neste consumo, é, aí com, digamos, o milagre econômico que aconteceu nesta última década, muita gente empregada, teve uma grande capacidade de oferta de planos saúde. Isso não foi acompanhado da melhor forma de compra. Ele não soube escolher a melhor forma de compra. Ele escolheu o que era ofertado. Pode ser a concorrência baixa, teve um baixo estímulo na concorrência, aí o consumidor acabava escolhendo aquilo que lhe era ofertado de acordo com a sua capacidade de compra, tá, devido à baixa concorrência. É, tiveram dois programas na ANS de conscientização do consumidor, que eu acho que isso permitiu, é, lá no passado, até 2008 mais ou menos, que pudesse ter uma escolha, inclusive a questão da portabilidade, “esse plano não tá bom, eu vou poder migrar pra outro plano”, então tiveram também alguns espaços, né, alguns momentos em que isso foi melhor. Agora, não. Primeiro, ele tem medo de abrir mão do seu plano de saúde, às vezes ele nem sabe que ele tem a portabilidade, que ele não vai precisar cumprir a carência, então eu acho que tem uma assimetria de informações, e que isso foi pouco trabalhado pela ANS.

**(Entrevistador) Você é favorável ou contrária à flexibilização do Rol de Procedimentos? Por que?**

SP – Totalmente contrária, porque esse setor, ele se dispõe a fazer uma assistência à saúde, que ele faça uma assistência à saúde integral, ele garanta aos consumidores, aos beneficiários, que eu prefiro chamar assim, é, toda a assistência que ele tem necessidade, tá? Às vezes você não consegue, é, que seja o mesmo rol de procedimentos, a mesma tabela do SUS, mas que você vá ampliando cada vez mais, né, e que isso seja regulado por uma agência reguladora, porque, se meu plano, ele dá determinado tipo de procedimento e outro não dá, fica difícil pro consumidor saber o que ele tá comprando. É uma relação de consumo, é uma relação de saúde, uma relação de consumo em segundo lugar, então é impossível você reduzir a garantia que ele tem de acordo com o que o Estado diz que ele tem que fazer. Na minha avaliação, aí sim eu ia radicalizar lá na primeira pergunta, não dava pra coexistir, entendeu? Então, se eles querem existir, que eles existam garantindo a melhor assistência de saúde ao beneficiário.



**(Entrevistador) Você identifica, nos últimos anos, principalmente a partir do primeiro governo Dilma, incentivos governamentais à expansão de planos privados. Quais?**

SP – Não identifico, o que eu identifico foi uma pressão das operadoras pra aumentar a comercialização dos planos individuais, e puxando do governo, nos fóruns de debate e aqui no congresso também, formas de flexibilizar para que pudessem ampliar os planos individuais. E qual era o pedido do setor? Diminuir o rol de procedimentos, planos com flexibilidade de regulação, garantias financeiras. Então, quando teve, principalmente já no governo Dilma, uma redução dos postos de trabalho, começou a reduzir, teve mais desempregados, isso reflete diretamente no mercado de planos de saúde. Aí o que que aconteceu? Essas operadoras começaram a se organizar e pressionar o governo pra que eles ofertassem, que eles flexibilizassem por garantias financeiras tanto por rol de procedimentos, é, pra que pudesse ter uma, pra que eles pudessem vender mais. Teve uma pressão. Agora, o que aconteceu, de fato, eu não consigo me lembrar de nenhum fato, não teve nenhum passo atrás do que tinha sido até aquele momento de regulação, tá? É, passo atrás eu vi agora quando falaram redução, quando falaram de planos populares, já aqui no Temer, né, até lá eu não vi. Houve a pressão do mercado. Tinha gente no governo, eu participava, inclusive, de alguns grupos, em que a gente tava buscando alternativas. Não era pra crescer o setor, mas era pra evitar que o que o setor oferecia fosse reduzido. Então, a gente tava procurando alternativas em conjunto, tá? Eu não consigo lembrar de nenhum fato, na regulação, de redução de direitos. Não houve redução no consumo de planos individuais, o que houve foi o seguinte. Com o *boom* econômico aqui e muitos empregos gerados, as pessoas tiveram acesso aos planos coletivos, então, quando saiu de 36 milhões pra 48 milhões de beneficiários, foram beneficiários de planos coletivos. Os individuais continuaram da mesma forma. Eles não cresceram na mesma velocidade dos coletivos. E aí, dois fenômenos, tá? Um, a empregabilidade, começou a oferta de planos coletivos pras empresas, pra quem tava empregado. E o segundo fenômeno, foram as administradoras de benefício, que foi um outro meio de eles conquistarem novos planos, só coletivos. Não foi permitido que eles permitido que eles ofertassem planos individuais. Então, não houve uma redução dos planos individuais. Ele não cresceu na mesma velocidade dos coletivos. Eu tenho esse gráfico, eu mando pra você. Esse discurso dos planos individuais era das operadoras. Eles falam também que, o maior argumento deles é que a regulação do reajuste. Isso eles tentaram muito no governo Dilma e a Dilma não deu um passo atrás, porque a única regulação que acontece do reajuste é no individual, então eles não têm interesse. Eles fazem planos mais caros. O setor não teve o interesse de ofertar esse bem, porque no coletivo a rescisão pode ser unilateral, a negociação do reajuste, ela pode ser direta, né, eu acho que agora, por exemplo, você não precisa de uma intervenção da ANS nesse sentido, já que cresceu tanto os coletivos. Então, eles não têm interesse porque a sinistralidade é mais alta, além do que é uma tendência mundial, né?

**(Entrevistador) Analisando os efeitos combinados entre a expansão do SUS e a expansão dos planos de saúde, seria possível que uma proposição como a dos planos acessíveis viesse a “desafogar” os atendimentos prestados pelo SUS, notadamente nos atendimentos de baixa e média complexidade.**

SP – Não tem a menor possibilidade, não tem a menor possibilidade. Por que? É, senão você segmenta a atenção. Você vai colocar a média e a alta complexidade, ou a média-alta que a gente chama, né, e a alta complexidade pra um SUS. É um ficar com o filé e o outro ficar com a carne de pescoço. A gente não tem recurso pra isso. Ou cada um assume o seu paciente na integralidade da sua atenção, ou você vai dividir o paciente. Uma hora ele sabe, aí ele vai falar: “nossa, agora eu tô com uma otite no ouvido médio, isso aqui é no plano de saúde. Ah, não, mas agora a otite é junto com uma sinusite, eu preciso ir pro SUS”. Ele vai ter que ficar se diagnosticando. Do ponto de vista da organização do sistema, tanto pra um quanto pra outro, é ruim. Qualquer forma de redução de atendimento que você segmente a atenção você tá segmentando o paciente. Isso, de forma nenhuma, vai facilitar a vida do SUS. Hoje, a porta de entrada, por mais dificuldades que se tenha, é inegável o quanto que a gente melhorou no sistema de saúde a partir de uma porta de entrada única. Não é só o que a gente assiste no Fantástico. É certo, hoje o cara faz uma vacina boa, de acompanhamento de hipertenso e diabético, até um transplante super bem feito. A mesma coisa na saúde suplementar. Quem faz a opção por esse outro setor, ele também faz a opção, tanto que algumas operadoras agora também tão trabalhando com essa lógica, né, de primeiro você ter que ir no médico de família pra ele poder te encaminhar, ou não, pro tratamento mais adequado. É uma forma de redução de custos, é uma forma de conhecer melhor o paciente. Não vai facilitar a vida do SUS, porque o desafogar, ele vai desafogar a atenção básica, e vai afogar mais ainda a média e alta complexidade, que hoje já é um nó pro SUS, principalmente a média, tá? Tem uma outra questão que são as clínicas populares. São Paulo lotou, aqui em Brasília tem muito. Essas clínicas populares, elas são uma ameaça às operadoras, porque pode virar um plano de saúde, pode substituir um plano de saúde. O cara vai falar; “bom, eu vou aqui, ao invés de eu pagar todo mês um plano de saúde, eu vou lá, faço uma consulta por R\$ 100,00, R\$ 50,00, e, se der algum bode, eu vou lá no SUS depois. É isso que tem acontecido. É isso que vai dividir esse mercado. E isso pode acontecer, eu acho. Você viu a matéria do Globo<sup>70</sup> hoje sobre os dados público e privado? O gasto privado ele já, ele já é maior, né, comparado com o gasto no SUS, e aumentou mais ainda. Comparado com outros países é, assim, assustador.

**(Entrevistador) Quais são os obstáculos que você enxerga na proposta da questão anterior? Por que? Quais os facilitadores? Por que?**

SP – Acho que os órgãos de defesa do consumidor, né, a justiça eu acho que também é capaz, eu acho que talvez uma ADI deve ser impetrada no Supremo pra discutir isso, só que vai demorar anos pra ser deferida, né? É, hoje só isso. O CONASS, eu tenho a impressão de que na câmara passa liso, liso, liso. Aqui, pode ter um pouquinho mais de dificuldade, aqui no Senado, né, mas vai depender desse início de governo, se vai tá ainda em lua de mel com o povo, né? Os parlamentares também não gostam de colocar muito a digital em coisa muito

<sup>70</sup> Disponível em <<https://www.iess.org.br/?p=blog&id=813>> Acesso em 18 de dez. de 2019.

polêmica. Eu acho que tem um clima favorável pra aprovação neste momento, tá? Os órgãos de defesa do consumidor vão ter que trabalhar muito fortemente pra conseguir evitar, tá? Os facilitadores, o próprio ministro, né, que foi um defensor, né? O contexto político favorável, né?

**(Entrevistador) Quais as suas perspectivas para os cenários a curto e médio prazos na relação entre o público e o privado em saúde? Por que?**

SP – É um momento tão difícil, né, pra gente responder isso, porque, assim, a relação público-privada, ela sempre foi tensionada, e tensionada com a intenção do privado ganhar mais recursos, e, pra ele ganhar mais recursos ele tem que prestar menos. Só que, na saúde suplementar, ele precisa ter um volume de beneficiários, senão ele não consegue receber mais. Então, esse tensionamento, ele sempre existiu, a gente sempre precisou tentar equilibrar, não como uma forma de dizer: “ah, vou deixar que vá mais gente pro plano de saúde pra desonerar o SUS”. Não, a lógica, SUS é universal, e vai sempre, quem precisar ter atendimento, que tenha. Agora, o interesse privado de usar o SUS como seu prestador, isso é muito injusto. Então, os planos populares, eles significam isso. A obrigação dos planos de saúde é prestar uma atenção de saúde integral. Já que ele não vai prestar essa atenção integral de saúde, parte da sua obrigação, ele vai usar o do SUS. A lógica de pensamento, ela deve ser essa. Outra coisa, ele não pode usar a desorganização do sistema privado como um subterfúgio pra mandar o seu paciente pro SUS. Então, negativa de atendimento, aumentar demais os valores, manter rede credenciada. Ele pode usar essa sua desorganização pra mandar o paciente pro SUS. É uma relação conflituosa sim, e ela, a tendência é que, tanto com os planos populares, como por conta da coparticipação e franquia, que é aquela regulamentação que tinha saído no meio do ano, que vai voltar, tá em consulta pública, vai voltar, agora travestido de que temos transparência no debate. Isso é uma lógica de desorganização que você traz do sistema privado, ele se aproveita do SUS. O SUS é desorganizado também? Beleza, pode chegar a essa conclusão, mas ele é o prioritário. O objetivo do Estado brasileiro é priorizar o SUS. Quem quiser usar o suplementar, ok, desde que tenha uma regulação também, porque senão você fica, eu nunca fui contra de uma barreira: “ah, se você tem um plano, você não vai usar o SUS”, não, não é isso, a lógica não é essa, mas é você evitar, ao máximo possível, de que o SUS assuma as fragilidades da suplementar. Essa relação era conflituosa. Com planos privados, com planos populares, com coparticipação, isso fica bem maior. Pra mim, o cume aí dessa relação público-privada é o ressarcimento, é o meu objeto de estudo, e agora ele é constitucional, o Supremo já disse que é constitucional, e as operadoras “ah, não, se o SUS é universal, eu não preciso ressarcir o SUS”. Isso não existe. Ele é obrigado, as operadoras são obrigadas a ressarcir o SUS. Então, neste processo, quanto mais a gente fortalece este processo, com sistemas de informação cada dia melhores, prontuário eletrônico e tal, a gente consegue observar o quanto esse fluxo tá sendo ocupado. Eu acho que precisa de criatividade pra poder tanto regular e deixar de reduzir esse fluxo, como cobrar por esse atendimento mesmo, acabou. Cê não tem um prestador ali? O SUS tem, o SUS presta? Então que pague pro SUS. E sem aquela coisa “ah não, é porque não tinha, ah não, é porque não tem nenhum prestador privado”. Dane-se, né? Você tá dizendo que presta esse serviço, então que você preste direitinho. Então a relação era conflituosa, e eu acho que vai ficar cada dia mais conflituosa. Eu acredito que vai ter uma interferência maior, tá, porque

não é fácil não existir a interferência do mercado, é de fato muito difícil. Uma coisa é você ouvir os anseios e você tentar buscar um equilíbrio, tá, porque a agência reguladora tem um tripé, que são as operadoras, que é o consumidor e que são os prestadores. Tem que ter um equilíbrio entre esses três, você tem que ouvir os três, tá, os espaços democráticos a gente faz dessa forma. Não quer dizer que você consiga contemplar os interesses de todos, tá? O perfil do novo Ministro da Saúde é um perfil do setor suplementar, haja vista a atuação, e aqui eu não tô falando nada de novo, nem tô criticando e tal, basta ver a atuação dele na Câmara dos Deputados, né? Aquele projeto de lei que a comissão tava discutindo, a participação dele foi muito intensa, e muito intensa na defesa do setor suplementar. O próprio setor, eu não sei se vê com bons olhos. Eu acho que tem parte do setor aí que tem um certo receio desse toma lá dá cá muito miudinho, sabe, porque isso pode ficar muito caro. Às vezes essa coisa democrática, onde as pessoas sabem o que tá acontecendo, mais transparente, é melhor, mas é lógico que eles vão fazer o jogo do atual ministro, eles não são bobos, né? Então, eu não vejo com bons olhos, tanto no sentido de manter a regulação estatal forte, eu acho que tem possibilidade de avançar essa flexibilizada e, por outro lado, eu tenho um receio muito sério dessa coisa mais macro da relação com o privado, tá? Isso pelos discursos mesmo, então, pra aparecer um modelo chileno aqui, eu acho que, se for um governo que esteja fortalecido, eles podem propor uma coisa nesse sentido. A não ser que seja um governo frágil, que não tenha condições aqui no Congresso, que a gente não sabe ainda como vai se desenhar. Pode ter seis meses de namoro, e aí as políticas públicas começam a degingolar, e aí acaba o namoro, né? Então, eu acho que, pelo que o ministro falou em todas as entrevistas e pela atuação parlamentar dele, e pelo que estava no programa de governo também. A coisa do credenciamento universal não existe, não existe, é impossível. É, eu acho que vai ser muito ruim, eu acho que vai ser muito ruim, a gente vai perder muito, o setor perde, pode não perceber isso num primeiro momento, e o consumidor principalmente.

**(Entrevistador) Como você percebe a sua atuação entre Governo, operadoras e consumidores no contexto atual?**

SP – A gente acompanha a pauta legislativa da área da saúde, e eu trabalho sempre com o Ministro, e ele milita bastante na área saúde, e ele atua bastante nessa discussão dos planos de saúde. O que que a gente acompanha aqui? Por exemplo, vem um projeto de lei, aquele projeto de lei grande que tava lá na Câmara, a gente fez análise de todo o projeto, fez as avaliações de cada uma das partes pra pautar o Senador, e caso viesse aqui pro Senado, a gente poder apresentar emendas, a gente poder fazer o debate em relação a isso. Da coparticipação por exemplo, aqui no Senado, um dos objetivos do papel do Legislativo também é acompanhar os atos editados pelo Executivo. A gente atua muito diretamente, tá, tanto nos projetos de lei como na atuação da agência.

**(Entrevistador) Gostaria de acrescentar alguma informação ao tema?**

SP – Eu posso te passar também minha monografia. Essa monografia, eu descrevi um pouco como se dá a regulação da ANS, tá? Que que eu fiz? Eu achei na nomenclatura mundial quais tipos de regulação existem: regulação consumerista, regulação administrativa, regulação econômica, regulação assistencial, esse é o modelo bem “jabuticaba”, bem brasileiro. Então, eu

peguei esse tipo de regulação, e peguei a normatização da ANS até 2008, tá, e fui falando, por exemplo, é, registro de operadoras, que tipo de regulação que é, rol de procedimentos, que tipo de regulação é, posso te passar, ai depois se você quiser trocar alguma outra informação a gente pode ir trocando.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. **Planos de saúde e divisão de responsabilidades.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/11/1378498-arlindo-de-almeida-planos-de-saude-e-divisao-de-responsabilidades.shtml>> Publicado em 30/11/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

ANS. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos.** Rio de Janeiro, 2017.

ANS. **Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro, 2017.

ANS. **Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis.** Rio de Janeiro, 2017.

BAHIA, L. **O Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação.** São Paulo, 2001.

BAHIA, L.; PORTELA, L.E.; SCHEFFER, M. **Tendências/Debates: Dilma vai acabar com o SUS?** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/03/1240661-tendenciasdebates-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml>> Publicado em 05/03/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **Sinistro na ANS.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/07/1315672-ligia-bahia-e-mario-scheffer-sinistro-na-ans.shtml>> Publicado em 24/07/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

BANCO MUNDIAL. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90.** Washington, janeiro, 1995.

BARBOSA, P.A. **Investimento na saúde é urgente.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/06/1786338-investimento-na-saude-e-urgente.shtml>> Publicado em 28/06/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

BARROS, R. **Para uma saúde eficiente.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/09/1921722-para-uma-saude-eficiente.shtml>> Publicado em 26/09/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

BEDINELLI, T. **Proposta de Plano de Saúde Popular Cria Polêmica Entre Defensores do SUS.** Disponível em <[https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/23/politica/1469280731\\_547176.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/23/politica/1469280731_547176.html)> Acesso em 03 de abr. 2018.

BERGAMO, M. **Beneficiários de plano de saúde no Brasil chegam a 48 milhões.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2013/01/1213030-beneficiarios->

de-plano-de-saude-no-brasil-chegam-a-48-milhoes.shtml> Publicado em 11/01/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

**BERGAMO, M. Entidades pressionam governo a não flexibilizar regras dos planos de saúde.** Disponível em

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2015/08/1664553-entidades-pressionam-governo-a-nao-flexibilizar-regras-dos-planos-de-saude.shtml>> Publicado em 05/08/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

**BERGAMO, M. Entidades se organizam para explicar mudanças em lei de planos de saúde.** Disponível em

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2017/12/1945249-entidades-se-organizam-para-explicar-mudancas-em-lei-de-planos-de-saude.shtml>> Publicado em 22/12/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

**BERGAMO, M. Governo discute liberação de reajuste para planos de saúde individuais.**

Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2015/07/1652941-governo-discute-liberacao-de-reajuste-para-planos-de-saude-individuais.shtml>> Publicado em 08/07/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

**BERGAMO, M. Governo volta a discutir se autoriza planos de saúde a decidirem reajustes.** Disponível em

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2016/02/1735907-governo-volta-a-discutir-se-autoriza-planos-de-saude-a-decidirem-reajustes.shtml>> Publicado em 02/02/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

**BERGAMO, M. Investigação apura de hospitais fazem esquema que encarece plano de saúde.** Disponível em

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2018/01/1950133-investigacao-apura-se-hospitais-fazem-esquema-que-encarece-plano-de-saude.shtml>> Publicado em 15/01/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

**BERGAMO, M. Planos de saúde perderam 700 mil usuários no último ano, diz associação.**

Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2017/10/1923878-planos-de-saude-perderam-700-mil-usuarios-no-ultimo-ano-diz-associacao.shtml>> Publicado em 03/10/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

**BERGAMO, M. Planos de saúde populares causam divergência no governo Temer.**

Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2017/09/1918845-e-urgente-que-se-investigue-compra-da-lei-do-capital-estrangeiro-na-saude.shtml>> Publicado em 22/09/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

BOULOS, G. **Tempestade perfeita na saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/guilhermeboulos/2016/01/1734383-tempestade-perfeita-na-saude.shtml>> Publicado em 28/01/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

BRASIL, 1923. **Decreto nº 4.682.** Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro, 24 de janeiro.

BRASIL, 1998. **Lei nº 9.656.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 3 de junho.

BRASIL, 2016. **Portaria nº 1.482 do Ministério da Saúde. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível.** Brasília, 4 de agosto.

CARVALHO, G. **“Planos de Saúde para Pobres (PPP)” Subsidiados pelo Governo.** Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/planos-de-saude-para-pobres-ppp-subsidiados-pelo-governo-0>> Acesso em 06 de abr. 2018.

CECHIN, J. **Os planos de saúde e a renúncia fiscal.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/03/1423511-jose-cechin-os-planos-de-saude-e-a-renuncia-fiscal.shtml>> Publicado em 11/03/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

CESCHIN, M. **A doença da saúde suplementar.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2015/03/1604843-mauricio-ceschin-a-doenca-da-saude-suplementar.shtml>> Publicado em 19/03/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Acabar com balcão de negócios é condição para tornar saúde menos corrupta.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2018/10/acabar-com-balcao-de-negocios-e-condicao-para-tornar-saude-menos-corrupta.shtml>> Publicado em 30/10/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Agora vamos falar sério sobre saúde?** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2014/10/1528447-agora-vamos-falar-serio-sobre-saude.shtml>> Publicado em 07/10/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Algum presidencial encampará ideia de privatização do SUS?** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2018/06/algum-presidencial-encampara-ideia-de-privatizacao-do-sus.shtml>> Publicado em 12/06/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **ANS e os conflitos de interesse.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2013/08/1332422-ans-e-os-conflitos-de-interesse.shtml>> Publicado em 27/08/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.



COLLUCCI, C. **Boa saúde pública não cairá do céu.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2014/09/1524557-boa-saude-publica-nao-caira-do-ceu.shtml>> Publicado em 30/09/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Carteirinha de plano não é cheque em branco.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/01/1730891-carteirinha-de-plano-nao-e-cheque-em-branco.shtml>> Publicado em 19/01/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Classe média se surpreende com o “SUS que funciona”.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/04/1759908-classe-media-se-surpreende-com-o-sus-que-funciona.shtml>> Publicado em 12/04/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Com a saúde como mercadoria, só rico é bem atendido.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2015/01/1580680-que-sistema-de-saude-nos-queremos-ter.shtml>> Publicado em 27/01/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Cresce a impopularidade do plano de saúde popular.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/08/1803332-cresce-a-impopularidade-do-plano-de-saude-popular.shtml>> Publicado em 16/08/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Demissão na ANS é ponta do iceberg chamado conflito de interesses.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2013/10/1351197-demissao-e-ponta-do-iceberg-chamado-conflito-de-interesses.shtml>>. Publicado em 03/10/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Dias piores virão com o fim do gasto obrigatório em saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/05/1774575-dias-piores-virao-com-o-fim-do-gasto-obrigatorio-em-saude.shtml>> Publicado em 24/05/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **É preciso uma “Lava Jato da saúde” para que o setor seja mais honesto?** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2017/03/1865948-e-preciso-uma-lava-jato-da-saude-para-que-o-setor-seja-mais-honesto.shtml>> Publicado em 14/03/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **É urgente que se investigue “compra” da lei do capital estrangeiro na saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2017/09/1918845-e-urgente-que-se>

investigue-compra-da-lei-do-capital-estrangeiro-na-saude.shtml> Publicado em 19/09/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Em saúde, não é possível dar tudo para todos.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/05/1772691-em-saude-nao-e-possivel-dar-tudo-para-todos.shtml>> Publicado em 18/05/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Falta de transparência move o motor das fraudes na saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/11/1836350-falta-de-transparencia-move-o-motor-das-fraudes-na-saude.shtml>> Publicado em 29/11/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Golpe à vista?** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2013/03/1241403-golpe-a-vista.shtml>> Publicado em 06/03/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **O espetáculo Santa Casa.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2014/07/1490313-o-espetaculo-santa-casa.shtml>> Publicado em 23/07/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Plano barato pode ser cilada, não saída para saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/07/1795398-plano-barato-pode-ser-cilada-nao-saida-para-saude.shtml>> Publicado em 26/07/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Quebradeira de planos: você pode ser a próxima vítima.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2015/10/1693402-quebradeira-de-planos-voce-pode-ser-a-proxima-vitima.shtml>> Publicado em 13/10/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Querer um SUS melhor não é sonho, é deixar de ser trouxa.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2015/08/1673035-querer-um-sus-melhor-nao-e-sonho-e-deixar-de-ser-trouxa.shtml>> Publicado em 25/08/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Rever renúncias fiscais é alternativa para melhorar financiamento no SUS.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2018/08/rever-renuncias-fiscais-e-alternativa-para-melhorar-financiamento-no-sus.shtml>> Publicado em 28/08/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Saúde para dar ou vender.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/01/1726290-saude-para-dar-ou-vender.shtml>> Publicado em 06/01/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Senado “perdoa” dívida dos planos; Dilma endossará?** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2014/04/1443512-senado-perdoa-divida-de-planos-dilma-endossara.shtml>> Publicado em 22/04/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Um médico para chamar de seu.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2014/07/1492606-um-medico-para-chamar-de-seu.shtml>> Publicado em 29/07/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

COLLUCCI, C. **Você usa o SUS e nem se deu conta disso.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/06/1778927-voce-usa-o-sus-e-nem-se-deu-conta-disso.shtml>> Publicado em 07/06/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

CONY, C.H. **O fosso e a fossa.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/carlosheitorcony/2013/05/1274408-o-fosso-e-a-fossa.shtml>> Publicado em 07/05/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

CORIOLOANO, M.S.A. **A ideologia e as soluções para a saúde suplementar.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2018/09/a-ideologia-e-as-solucoes-para-a-saude-suplementar.shtml>> Publicado em 05/09/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

CORIOLOANO, M. **Resultado satisfatório.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/10/1364099-marcio-coriolano-resultado-satisfatorio.shtml>> Publicado em 30/10/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

COSTA, N. R. et al. **O Regime Regulatório e a Estrutura do Mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil**, Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 13, p. 1453-1462, 2004.

DESSEN, M. **Mantenha seu plano de saúde empresarial ao sair do emprego.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/marciadessen/2013/07/1303848-mantenha-seu-plano-de-saude-empresarial-ao-sair-do-emprego.shtml>> Publicado em 01/07/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

DIAS, B. C. **Barros Insiste na Proposta dos Planos Populares; Abrasco Apresenta Contraponto.** Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/barros-insiste-na-proposta-dos-planos-populares-abrasco-apresenta-contraponto/30819/>> Acesso em DOMINGUEZ, B. Mercado da Saúde. Revista Radis, Rio de Janeiro, n. 175, p. 16-21, 2017.

DOLCI, M.I. **É urgente discutir os dilemas da assistência à saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mariaines/2018/07/e-urgente-discutir-os-dilemas-da-assistencia-a-saude.shtml>> Publicado em 18/07/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

DOLCI, M.I. **Não há solução simples para a saúde privada.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mariaines/2018/10/nao-ha-solucao-simples-para-a-saude-privada.shtml>> Publicado em 17/10/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

EDITORIAL FOLHA. **A conta da saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/10/1926451-a-conta-da-saude.shtml>> Publicado em 12/10/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

EDITORIAL FOLHA. **A outra crise da saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/10/1358998-editorial-a-outra-crise-da-saude.shtml>> Publicado em 19/10/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

EDITORIAL FOLHA. **Equidade na saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/08/1808645-equidade-na-saude.shtml>> Publicado em 31/08/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

EDITORIAL FOLHA. **Planos na justiça.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/07/1483180-editorial-planos-na-justica.shtml>> Publicado em 09/07/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

EDITORIAL FOLHA. **Prevenir para o futuro.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2015/06/1645603-prevenir-para-o-futuro.shtml>> Publicado em 21/06/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

EDITORIAL FOLHA. **Saúde complicada.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/08/1501840-editorial-saude-complicada.shtml>> Publicado em 18/08/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

EDITORIAL FOLHA. **Universal e eficiente.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/05/1773165-universal-e-eficiente.shtml>> Publicado em 20/05/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

FARIAS, L. **Chega de descaso na saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2015/02/1586497-leandro-farias- chega-de-descaso-na-saude.shtml>> Publicado em 08/02/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

FARIAS, L. **Eduardo Cunha contra a saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2015/05/1634009-leandro-farias-eduardo-cunha-contra-a-saude.shtml>> Publicado em 27/05/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

FAVERET, P.F.; OLIVEIRA, P. J. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde.** Dados – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257–283, 1990.

FENASAÚDE. **Boletim da Saúde Suplementar – Indicadores Econômico-Financeiros**. Rio de Janeiro, Fevereiro 2017.

FENASAÚDE. **Boletim da Saúde Suplementar – Uma Análise da Distribuição Geográfica e a Influência do Mercado de Trabalho no Desempenho do Setor (2005-2015)**. Rio de Janeiro, 2016.

FONSECA, L. **Pelo debate sobre financiamento de assistência à saúde**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/10/1923717-pelo-debate-sobre-financiamento-da-assistencia-a-saude.shtml>> Publicado em 03/10/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

FRANCO, B.M. **O ministro que não se contém**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/bernardomellofranco/2016/08/1801981-o-ministro-que-nao-se-contem.shtml>> Publicado em 12/08/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

FRANCO, B.M. **Um golpe no SUS**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/bernardomellofranco/2016/05/1773733-um-golpe-no-sus.shtml>> Publicado em 22/05/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

FRANCO, B.M. **Um plano para os planos**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/bernardomellofranco/2015/08/1667521-um-plano-para-os-planos.shtml>> Publicado em 12/08/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

FREIRE, S.S. **De olhos nos planos de saúde**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/08/1911276-de-olho-nos-planos-de-saude.shtml>> Publicado em 21/08/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

FREIRE, V.T. **Acesso a plano de saúde despenca; saúde sofre com crise e ministro sinistro**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/viniustorres/2016/08/1804169-acesso-a-plano-de-saude-despenca-saude-publica-sofre-com-crise-e-ministro-sinistro.shtml>> Publicado em 18/08/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

FREITAS, J. **Alarmante, mas sem alarme**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/janiodefraitas/2013/04/1258605-alarmante-mas-sem-alar-me.shtml>> Publicado em 07/04/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

FREITAS, J. **Aliado e opositor**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/janiodefraitas/2013/04/1268348-aliado-e-opositor.shtml>> Publicado em 25/04/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

FREITAS, J. **ANS age como órgão de defesa das seguradoras de saúde**. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/janiodefraitas/2018/07/ans-age-como-orgao-de->

defesa-das-seguradoras-de-saude.shtml> Publicado em 22/07/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

FREITAS, J. **Com O ou com A.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/janiodefraitas/2014/05/1454550-com-o-ou-com-a.shtml>> Publicado em 15/05/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

FREITAS, J. **O que acabou continua.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/janiodefraitas/2013/01/1214038-o-que-acabou-continua.shtml>> Publicado em 13/01/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

FREITAS, J. **O trabalho dos remendos.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/janiodefraitas/2013/10/1349924-o-trabalho-dos-remendos.shtml>> Publicado em 01/10/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

FREITAS, J. **Plano contra a saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/janiodefraitas/2013/08/1322147-plano-contra-a-saude.shtml>> Publicado em 06/08/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Cai ritmo de crescimento de planos de saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2014/12/1560608-cai-ritmo-de-crescimento-de-planos-de-saude.shtml>> Publicado em 11/12/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Com rebaixamento de planos de saúde, medicina de grupo ganha beneficiários.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2017/02/1857823-com-rebaixamento-de-planos-de-saude-medicina-de-grupo-ganha-beneficiarios.shtml>> Publicado em 13/02/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Crise faz planos de saúde regionais ganharem pacientes.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2016/08/1805095-cri-se-faz-planos-de-saude-regionais-ganharem-pacientes.shtml>> Publicado em 22/08/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Custo de mão de obra cresce mais que receita em hospitais.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2013/05/1282095-custo-de-mao-de-obra-cresce-mais-que-receita-em-hospitais.shtml>> Publicado em 21/05/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Desaceleração da economia ainda não afetou planos de saúde, diz entidade.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2014/09/1511180->

desaceleracao-da-economia-ainda-nao-afetou-planos-de-saude-diz-entidade.shtml> Publicado em 05/09/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

**FRIAS, M.C. Emprego na área de saúde tem melhor maio desde 2017, afirma associação.**

Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2014/07/1479016-emprego-na-area-de-saude-tem-melhor-maio-desde-2007-afirma-associacao.shtml>> Publicado em 01/07/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

**FRIAS, M.C. Empresas de planos de saúde redizem aportes.** Disponível em

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2015/04/1615299-empresas-de-planos-de-saude-reduzem-aportes.shtml>> Publicado em 13/04/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

**FRIAS, M.C. Executivos reafirmam importância do Brasil.** Disponível em

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2014/01/1402030-executivos-reafirmam-importancia-do-brasil.shtml>> Publicado em 24/01/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

**FRIAS, M.C. Gastos de planos de saúde sobem 15,4% em 2017 e quebram recorde.**

Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2018/01/1950216-gastos-de-planos-de-saude-sobem-154-em-2017-e-quebram-recorde.shtml>> Publicado em 14/01/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

**FRIAS, M.C. Gorjeta e ganho com o financiamento passam a ser receita bruta de empresa.**

Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2016/09/1814892-gorjeta-e-ganho-com-o-financiamento-passam-a-ser-receita-bruta-de-empresa.shtml>> Publicado em 20/09/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

**FRIAS, M.C. Número de beneficiários de plano de saúde cresce pouco.** Disponível em <

<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2013/05/1277333-numero-de-beneficiarios-de-plano-de-saude-cresce-pouco.shtml>> Publicado em 13/05/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

**FRIAS, M.C. Operadoras de planos de saúde devem R\$ 2 bilhões ao SUS.** Disponível em

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2017/05/1879749-operadoras-de-planos-de-saude-devem-r-2-bilhoes-ao-sus.shtml>> Publicado em 02/05/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

**FRIAS, M.C. Operadoras de saúde dependem mais de ganho financeiro, diz ANS.**

Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2017/06/1892241-operadoras-de-saude-dependem-mais-de-ganho-financeiro-diz-ans.shtml>> Publicado em 12/06/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Operadoras gastam mais do que lucram, diz entidade.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2014/03/1430338-operadoras-gastam-mais-do-que-lucram-diz-entidade.shtml>> Publicado em 25/03/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Pagamentos por coparticipação tiveram alta de 20%, mas podem cair com nova regra.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2018/07/pagamentos-por-coparticipacao-tiveram-alta-de-20-mas-podem-cair-com-nova-regra.shtml>> Publicado em 04/07/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Plano de saúde é o 3º desejo, diz pesquisa.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2013/08/1321662-plano-de-saude-e-o-3-desejo-diz-pesquisa.shtml>> Publicado em 05/08/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Seguro de saúde deve ter a maior alta em número de vidas em 4 anos.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2018/01/1948136-seguro-de-saude-tera-em-2018-a-maior-alta-em-quatro-anos-diz-consultoria.shtml>> Publicado em 05/01/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Sudeste derruba resultado da saúde complementar.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2016/03/1748212-sudeste-derruba-resultado-da-saude-complementar.shtml>> Publicado em 10/03/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

FRIAS, M.C. **Venda de plano de saúde tem pior 1º trimestre desde 2009, diz entidade.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2014/08/1504882-venda-de-plano-de-saude-tem-pior-1-trimestre-desde-2009-diz-entidade.shtml>> Publicado em 24/08/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

GASPARI, E. **A diretoria da ANS deve pedir o boné.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2018/08/a-diretoria-da-ans-deve-pedir-o-bone.shtml>> Publicado em 01/08/2019. Acesso em 18 de abr. de 2019.

GASPARI, E. **A lâmina do STF e os réus da Lava Jato.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2016/01/1735500-a-lamina-do-stf-e-os-reus-da-lava-jato.shtml>> Publicado em 31/01/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

GASPARI, E. **Anatomia de uma maracutaia.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2014/04/1442851-anatomia-de-uma-maracutaia.shtml>> Publicado em 20/04/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.



GASPARI, E. **Duas plutocracias, dois museus.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2014/04/1439950-duas-plutocracias-dois-museus.shtml>> Publicado em 13/04/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2013/03/1239791-um-pacote-de-veneno-para-a-saude.shtml>> Publicado em 03/03/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

GASPARI, E. **Ministro quer socorrer bilionários da saúde com dinheiro do andar de baixo.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2017/03/1865625-ministro-quer-socorrer-bilionarios-da-saude-com-dinheiro-do-andar-de-baixo.shtml>> Publicado em 12/03/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

GASPARI, E. **Nova macumba dos planos de saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2015/10/1693647-nova-macumba-dos-planos-de-saude.shtml>> Publicado em 14/10/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

GASPARI, E. **Para onde vai o PT?** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2014/01/1404339-para-onde-vai-o-pt.shtml>> Publicado em 29/01/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

GASPARI, E. **Prepotência sem fronteiras.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2013/01/1214033-prepotencia-sem-fronteiras.shtml>> Publicado em 13/01/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

GASPARI, E. **Um pacote de veneno para a saúde.** Disponível em <

GOMES, W.M. **Soluções criativas e eficientes no SUS.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/03/1750353-solucoes-criativas-e-eficientes-no-sus.shtml>> Publicado em 16/03/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

GOULART, C.A.P. **Abrindo a caixa-preta da saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/02/1855433-abrindo-a-caixa-preta-da-saude.shtml>> Publicado em 03/02/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

GULLAR, F. **A bolsa e a vida.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/ferreiragullar/2013/12/1381893-a-bolsa-e-a-vida.shtml>> Publicado em 08/12/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

IESS. **Análise do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil.** Rio de Janeiro, 2017.

IESS. **Boletim Científico IESS Edição: 3º Bimestre.** Rio de Janeiro, 2017.

IESS. **Boletim Científico IESS Edição: 4º Bimestre.** Rio de Janeiro, 2017.

IESS. **Conjuntura – Saúde Suplementar 33ª Edição.** Rio de Janeiro, 2016.

IESS. **Conjuntura – Saúde Suplementar 34ª Edição.** Rio de Janeiro, 2017.

IESS. **Conjuntura – Saúde Suplementar 35ª Edição.** Rio de Janeiro, 2017.

IESS. **Conjuntura – Saúde Suplementar 36ª Edição.** Rio de Janeiro, 2017.

JARDIM, L. **Investimento em Saúde no Brasil: o público e o privado.** Disponível em <<https://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/investimento-em-saude-no-brasil-o-publico-e-o-privado.html>> Acesso em 24 de mai. 2018.

JUNIOR, J.S. **O elefante da saúde (embaixo do aparador!).** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2018/06/jose-seripieri-junior-o-elefante-da-saude-embaixo-do-aparador.shtml>> Publicado em 27/06/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

LAZZARINI, M. **A nova regulamentação de coparticipação e franquia dos planos de saúde é correta? NÃO.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2018/07/a-nova-regulamentacao-de-coparticipacao-e-franquia-dos-planos-de-saude-e-correta-nao.shtml>> Publicado em 07/07/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

LAZZARINI, M. **A pior reforma.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/11/1939024-a-pior-reforma.shtml>> Publicado em 29/11/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

LONGO, A. **Em defesa de 48 milhões de brasileiros.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/08/1323717-andre-longo-em-defesa-de-48-milhoes-de-brasileiros.shtml>> Publicado em 09/08/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

LOTTENBERG, C.; CERRI, G.G. **O setor da saúde em momento de crise.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2015/10/1691430-o-setor-da-saude-em-momento-de-crise.shtml>> Publicado em 08/10/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

MATOS, L., et al. **Febraplan e a Disputa Real pelo Sistema de Saúde Universal: Considerações sobre a atuação recente do setor privado nas políticas saúde.** Disponível em <<http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/noticias/45-febraplan-e-a-disputa-real-pelo-sistema-de-saude-universal-consideracoes-sobre-a-atuacao-recente-do-setor-privado-nas-politicas-saude>> Acesso em 18 de abr. 2018.

MEINÃO, F. **Um grave retrocesso.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/12/1844823-um-grave-retrocesso.shtml>> Publicado em 28/12/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

MEINÃO, F; ROSA, J.L.; FERNANDES, E.G. **Saúde suplementar em risco.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/12/1566223-florisval-meinao-joao-ladislau-rosa-e-eder-gatti-fernandes-saude-suplementar-em-risco.shtml>> Publicado em 23/12/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

MELO, R. **Dilma e a saída pela direita.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/ricardomelo/2015/08/1669499-dilma-e-a-saida-pela-direita.shtml>> Publicado em 17/08/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

MENDES, S.B.P. **Governo deve liberar plano de saúde popular de cobertura reduzida? SIM.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/07/1794667-governo-deve-liberar-plano-de-saude-popular-de-cobertura-reduzida-sim.shtml>> Publicado em 23/07/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

MENICUCCI, T.M.G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias.** Rio de Janeiro, 2007.

MEYER, J.O.C. **Um plano para a saúde pública.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/07/1795353-um-plano-para-a-saude-publica.shtml>> Publicado em 26/07/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

MONTONE, J. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, n. 4, p. 9-47, 2003.

MONTONE, J. **O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar.** p. 1-43, Rio de Janeiro, 2000.

NARLOCH, L. **É claro, Carmen Lúcia, que saúde é mercadoria.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/leandro-narloch/2018/07/e-claro-carmen-lucia-que-saude-e-mercadoria.shtml>> Publicado em 18/07/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

NETO, A.V. **A oposição precisa romper a inércia.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/02/1739836-a-oposicao-precisa-romper-a-inercia.shtml>> Publicado em 16/02/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

OCKÉ-REIS, C.O.O, et al. **Mercado de Planos de Saúde no Brasil: uma criação do estado?** Rio de Janeiro, 2006.

OCKÉ-REIS, C.O. **SUS, o desafio de ser único.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/03/1425908-calos-octavio-ocke-reis-sus-o-desafio-de-ser-unico.shtml>> Publicado em 15/03/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

OLIVEIRA, J.A.D. **Na assistência privada à saúde, o que serve para os EUA não pode no Brasil.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2018/07/jose-antonio-diniz-de-oliveira-na-assistencia-privada-a-saude-o-que-serve-para-os-eua-nao-pode-no-brasil.shtml>> Publicado em 19/07/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

PEREIRA, C. **O Marco Regulatório no Setor de Saúde Suplementar: contextualização e perspectivas.** Rio de Janeiro, 2004.

PINTO, L.F. **O Setor de Saúde Suplementar: acesso e cobertura populacional.** Rio de Janeiro, 2004.

PORTELA, L. E. et al. **Dilma Vai Acabar com o SUS?** Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml>> Acesso em 12 de abr. 2018.

PRATA, H. A **“caixa branca” da saúde pública.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2018/12/a-caixa-branca-da-saude-publica.shtml>. Publicado em 03/12/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

RAMOS, P. **Em defesa do SUS.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/07/1903041-em-defesa-do-sus.shtml>> Publicado em 21/07/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

RAMOS, P. **Fortalecer a saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2015/11/1702253-fortalecer-a-saude.shtml>> Publicado em 05/11/2015. Acesso em 15 de abr. de 2019.

REIS, V. **Abrasco e Idec Pedem Substituição de Indicação de Dois Diretores da ANS.** Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/abrasco-e-idec-pedem-substituicao-de-indicacao-de-dois-diretores-da-ans/34033/>> Acesso em 12 de mai. 2018.

RIBEIRO, J.M. **Desenvolvimento do SUS e Racionamento de Serviços Hospitalares.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp.771-782.

RIBEIRO, J.M. **Regulação e Contratualização no Setor Saúde.** São Paulo, 2001.

RIBEIRO, J.M. **Restrições de Informações, Custos de Transação e Ambiente regulatório em Saúde Suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2004.

ROGATTI, E. **Quando o SUS sairá do rascunho?** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/03/1745527-quando-o-sus-saira-do-rascunho.shtml>> Publicado em 03/03/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

RUSCHI, A. **Operadoras de saúde não desistirão.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/08/1906346-operadoras-de-saude-nao-desistiraos.shtml>> Publicado em 02/08/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

SCHEFFER, M. **Copiar ideias antigas não salvará o SUS.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/06/1779703-copiar-ideias-antigas-nao-salvara-o-sus.shtml>> Publicado em 09/06/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

SCHEFFER, M. **Crônica do atraso.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2018/06/mario-scheffer-cronica-do-atraso.shtml>>

Publicado em 07/06/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

SCHEFFER, M. **Governo deve liberar plano de saúde popular de cobertura reduzida? Não.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2016/07/1794668-governo-deve-liberar-plano-de-saude-popular-de-cobertura-reduzida-nao.shtml>> Publicado em 23/07/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

SCHEFFER, M. **O plano dos planos de saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/08/1913372-o-plano-dos-planos-de-saude.shtml>> Publicado em 27/08/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

SCHEFFER, M.; LAZZARINI, M. **Sinais trocados na saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/04/1441838-mario-scheffer-e-marilena-lazzarini-sinais-trocados-na-saude.shtml>> Publicado em 17/04/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

SCHEIBE, R. **A nova regulamentação de coparticipação e franquia dos planos de saúde é correta? SIM.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2018/07/a-nova-regulamentacao-de-coparticipacao-e-franquia-dos-planos-de-saude-e-correta-sim.shtml>> Publicado em 07/07/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.

SCHWARTSMAN, H. **A mamata dos planos.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/helioschwartzman/2013/05/1285808-a-mamata-dos-planos.shtml>> Publicado em 28/05/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

SCHWARTSMAN, H. **A penúria da saúde.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/helioschwartzman/2013/03/1247284-a-penuria-da-saude.shtml>> Publicado em 16/03/2013. Acesso em 13 de abr. de 2019.

SCHWATSMAN, H. **Estelionatos políticos.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/helioschwartzman/2016/01/1725197-estelionatos-politicos.shtml>> Publicado em 03/01/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.

SCHWARTSMAN, H. **Excesso de Estado.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/helioschwartzman/2014/08/1501557-excesso-de-estado.shtml>> Publicado em 17/08/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.

SOFIA, J. **Em tempos de retrocesso, novo marco para planos de saúde cria polêmica.** Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/julianna-sofia/2017/10/1928976-em-tempos-de-retrocesso-novo-marco-para-planos-de-saude-cria-polemica.shtml>> Publicado em 21/10/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.

- VARELLA, D. **Bomba-relógio.** Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/2016/03/1746705-bomba-relogio.shtml> Publicado em 05/03/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.
- VARELLA, D. **O preço da saúde.** Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/2014/04/1436401-o-preco-da-saude.shtml> Publicado em 05/04/2014. Acesso em 14 de abr. de 2019.
- VARELLA, D. **Os limites do SUS.** Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/2016/05/1775603-os-limites-do-sus.shtml> Publicado em 28/05/2016. Acesso em 16 de abr. de 2019.
- WANG, D.; AZEVEDO, P.F. **Compartilhando os benefícios da coparticipação.** Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2018/08/compartilhando-os-beneficios-da-coparticipacao.shtml> Publicado em 23/08/2018. Acesso em 18 de abr. de 2019.
- ZILLI, E.C. **Quanto os planos de saúde devem ao SUS?** Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/10/1924748-quanto-os-planos-de-saude-devem-ao-sus.shtml> Publicado em 06/10/2017. Acesso em 17 de abr. de 2019.