

O fortalecimento do Setor Suplementar subsidiado pelas decisões do Governo Federal (1988 – 2020)

Marina Melo de Almeida, Brunna Verna Gondinho

Resumo

Este estudo realizou uma revisão narrativa sobre leis, decretos e emendas constitucionais entre 1988 e 2020. No total foram identificados 29 documentos (16 leis, 11 decretos e 2 emendas constitucionais) que estivessem relacionadas à temática de saúde e setor privado a partir da Constituição de 1988. Verificou-se documentos que se referiam à diferentes temas como setor privado, economia, criação de regulação e que diretamente ou indiretamente eram temas que poderiam interferir no cenário da saúde. Os documentos legislativos selecionados podem ser segmentados em três grandes blocos de temas que impactam o sistema único de saúde e indicam o fortalecimento do setor privado: ‘desfinanciamento e enfraquecimento do Sistema Único de Saúde’, ‘concentração do setor privado e verticalização da saúde’, e finalmente o terceiro bloco ‘fragilidade da regulação em saúde’. Por fim, entende-se que com o fortalecimento do setor privado em detrimento ao SUS, indica a necessidade de maior participação da sociedade na defesa da importância do sistema público e entendendo os obstáculos enfrentados pelo setor público enquanto o setor privado se sobressai.

Palavras-Chaves: Setor Privado; Legislação; Leis; Decretos; Emenda Constitucional

ABSTRACT

This study performed a narrative review about laws, decrees, and amendments among 1998 and 2020. In total 29 documents were identified related to health themes and private sector from the 1988 Constitution (16 laws, 11 decrees and 2 amendments). Identified that the documents referred to different themes such as private sector, economy, regulation definition that directing or not could interfering in the health context. The legislative documents selected could be segmented in three packs that impacting in the Unified Health Systems (SUS) and could indicate the private sector strengthening: ‘undermining and lack of funding for Unified Health System (SUS)’, private sector concentration and health verticalization’, and finally the ‘health regulation fragility’. Finally, it is important to understand that the strengthening of the private sector instead

of SUS, it is needed of society participation in advocate for the SUS and understand the challenges ahead faced by the public system while the health private sector excel.

RESUMEN

Esta investigación realizó una revisión narrativa de leyes, decretos y reformas constitucionales entre 1988 y 2020. En total, se identificaron 29 documentos (16 leyes, 11 decretos y 2 reformas constitucionales) que tenían relación con el tema de la salud y el sector privado desde la Constitución de 1988. Se investigó documentos que hacían referencia a diferentes temas como el sector privado, la economía, la creación de regulación, y que directa o indirectamente eran temas que podrían interferir en el escenario de la salud. Los documentos legislativos seleccionados se pueden segmentar en tres grandes bloques temáticos que impactan el sistema único de salud e indican el fortalecimiento del sector privado: 'desfinanciamiento y debilitamiento del Sistema Único de Salud SUS', 'concentración del sector privado y verticalización de la salud ', y finalmente el tercer bloque 'Fragilidad de la regulación sanitaria'. Por último, se entiende que el fortalecimiento del sector privado en detrimento del SUS indica la necesidad de una mayor participación de la sociedad en la importancia del sistema público y la comprensión de los obstáculos que enfrenta el sector público cuando el sector privado se sobresale.

Palavras-Chaves: Setor Privado; Legislação; Leis; Decretos; Emenda Constitucional

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e regulamentado pela lei brasileira¹. Concomitantemente, a definição desse sistema universal também regulamentou a participação da iniciativa privada no oferecimento de serviços de saúde à população. É no artigo 199, que define “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” como um setor complementar dentro do sistema único de saúde "mediante contrato de direito público ou convênio"¹, o que denomina um setor suplementar, que não concorre com o sistema público no país. No entanto, quando se analisa a linha do tempo no setor suplementar, o cenário que se apresenta é diferente daquele vislumbrado pela constituição.

Mesmo sendo definido durante um período de redemocratização do país, o sistema único de saúde enfrentou a atuação de governos com características liberais as quais suas interferências no sistema iriam se desenvolver nos anos que seguiram². É importante verificar que os governos liberais demonstraram indicativos neoliberais que podem ser observados no decorrer da história dos governos brasileiros: incentivar as políticas de privatizações, política de desregulamentação e a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços do país³. Essas práticas, podem ser verificadas com a sequência de governos que vieram após a Constituição de 1988, e ajudam a entender o desmonte que a saúde pública foi sofrendo no decorrer da história.

Durante a passagem da crise econômica nos anos de 1990, sobressaíram-se medidas de austeridade, seja no decorrer do governo Collor (1990-1992), até mais profundamente no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), embasadas nas ideias e teorias do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial². Durante o governo Collor foi mais evidente a falta de comprometimento e interesse na implementação do SUS, da participação social e da defesa da Seguridade Social, o que evidencia um movimento de contrarreforma no período o qual a nova Constituição de 1988 estava sendo estabelecida⁴.

Na sequência, a administração de FHC, diretamente alinhado ao Banco Mundial, demonstra um aumento no número de empréstimos ao mesmo período. FHC foi mais ofensivo na privatização, e as medidas em relação também ampliaram a descentralização de saúde. Com a gestão do ministro da saúde José Serra, a ANS (Agência Nacional de Saúde) foi então criada com o intuito de regulamentar o setor privado, mas que na realidade não trouxe regras e limites bem definidos para a prestação de contas do setor com o Estado e não fortaleceu não foram trazidas para fortalecer o sistema público de saúde^{2,4}.

Conseqüentemente os governos Lula (2003-2011) e Dilma (2011-2016), mesmo sendo mais populares e alinhados a setores de esquerda, verificou-se que medidas neoliberais na saúde continuaram a ocorrer². Lula assegurou em muitos momentos o interesse do capital e com medidas como a “Desvinculação de Receitas da União (DRU)” e a derrubada da “Emenda Constitucional 29 (EC-29)” enfraquecia o sistema público e direcionava os recursos da saúde para outras finalidades. A primeira por prorrogar uma medida iniciada no governo anterior ao FHC que criava a liberdade de alocar os recursos

vinculados à saúde, educação para outras finalidades e a ao não regulamentar a EC-29, o governo deixaria de priorizar o vínculo de recursos para a saúde pública².

A presidenta Dilma Rousseff, em sequência, herdou um país que começava a ser atingido pela crise econômica e política. Ainda que tenha apresentado um governo alinhado com pautas populares, os problemas com a baixa participação do governo federal nos gastos em saúde permaneceram. Em contrapartida, a participação da iniciativa privada passou a ter estímulo significativo, como por exemplo a lei nº 13.097/15, por exemplo, que possibilitou a entrada para atuação de empresas estrangeiras no setor da saúde, o que indica um incentivo a concentração do setor com menos empresas oferecendo os serviços, mas ainda assim garantindo o crescimento do setor⁵.

A grande expressão das práticas liberais pode ser observada então durante o governo de Michel Temer (2016-2018)², que após a posse já iniciaram reformas que seriam denominadas como acenos positivos ao mercado e que para o SUS indica uma ameaça menos velada do que era encontrado em governos anteriores⁶. A justificativa era que o Brasil “quebraria” caso não fossem tomadas medidas, o que na verdade evidenciou uma retirada de direitos. Isso pode ser exemplificado em 2016 com a tramitação e estabelecimento da Emenda Constitucional 95 que definiu o teto de gastos para políticas sociais incluindo saúde⁷, e que poderia indicar o Subfinanciamento do setor público e poderia também favorecer indiretamente a atuação ampliada dos entes privados⁶!

Dessa forma, o governo pós-impeachment, demonstrou seu alinhamento com o discurso da privatização dos serviços de saúde como uma solução aos problemas do sistema público⁶. Isso pode ser exemplificado, pela defesa e estímulos aos planos privados, principalmente com foco em planos populares, o que acaba por uma narrativa amplamente divulgada pelo governo, principalmente pelo Ministro da Saúde do período, Ricardo Barros. Para a administração do país, a agenda era um alinhamento com a governança privada dos serviços e o investimento em saúde não era uma prioridade, o que estava atrelado também à transferência de recursos da saúde para outros setores evidenciada na Medida Provisória nº 838 (2018), que transferia recursos da saúde para o subsídio do preço do diesel⁶.

Com a posse de Jair Bolsonaro em 2018, evidencia-se a tentativa de definir um governo liberal, que se alinha ao mercado, somado a um despreparo e falta de

compromisso com os direitos sociais. Seu 1º Ministro da Saúde, o médico Luís Henrique Mandetta tinha fortes relações com o plano privado e as organizações filantrópicas e em seu discurso ficou claro a aproximação com o setor privado, incluindo a crítica à “eficiência dos hospitais públicos”, por exemplo⁸.

As ações mais práticas vieram do Ministério da Economia, com a ideia de criar voucher para a saúde e educação, para serem utilizados nas empresas privadas no oferecimento de serviços básicos de saúde⁸, e assim repassar para o setor privado os pagamentos pela prestação de serviços. Durante o governo Bolsonaro, assistiu-se a aplicação e a revogação do decreto 10.530, que pretendia a “construção, modernização e a operação de Unidades Básicas de Saúde nos estados” via novas parcerias públicas privadas. O decreto foi revogado diante de grande pressão popular, mas apresentou de maneira mais concreta como essa administração pretende encarar os direitos à saúde da população: de maneira autoritária, que valorizava a privatização em detrimento do fortalecimento do SUS⁹.

A partir desse cenário, é importante observar as mudanças do setor privado e tendências do mercado que apontam para aumento da concentração do setor, com altos índices de fusões e aquisições, como os conglomerados hospitalares e empresas que apresentam diferentes negócios como operadoras adquirindo sua rede própria de hospitais e laboratórios, oferecendo diferentes níveis de serviços de saúde, acabam por monopolizar a jornada do paciente¹⁰. As novas tendências do setor, apontam uma diversificação de serviços que abre espaço para que as empresas privadas mudem sua característica de complementares para serviços de atenção básica que poderiam ser concorrentes aos serviços do SUS e não são necessariamente guiados pelas diretrizes do sistema baseadas na Constituição¹⁰.

Ao considerar que as políticas institucionalizadas por governos que apresentaram e ainda apresentam características neoliberais e que suportam um avanço do oferecimento de serviços via iniciativa privada, explicita-se a uma valorização desse setor em detrimento do setor público que pode trazer impactos relevantes sobre o entendimento do projeto de democratização da saúde e levar a uma desestruturação da universalidade em saúde². Avança um projeto de desigualdade de oferecer saúde, que apostava na precarização do sistema único de saúde e que permita que o privado que atende uma

população segmentada tenha mais chances de crescer economicamente em termos de recursos e alcance².

Em momentos de crise, como a atual pandemia de Covid-19, as fragilidades do setor da saúde estiveram mais em evidência, como por exemplo a inatividade do governo federal na tomada de decisão que pudesse fortalecer o SUS e demonstrar sua capacidade resolutiva que é historicamente conhecida¹¹. Concomitantemente o país foi exposto a explicitação de casos de falta de ética envolvendo entes do setor privado e demonstrando até mesmo uma possível negligência de atendimento, quando o setor público foi o grande responsável por agir e atender a população durante a crise sanitária, apesar do governo negacionista^{11,12}.

Assim, ao analisar a situação atual, é perceptível a necessidade de fortalecimento do SUS para a prestação de serviços essenciais para a população brasileira que não seriam atendidos em larga escala somente com a iniciativa privada (vacinação, hospitais de campanha, compras de equipamentos como respiradores, testes para Covid) e fogem à concepção da existência de um sistema que esteja comprometido com a universalidade do acesso¹³. Diante do cenário apresentado, o objetivo deste estudo, é mapear decisões de governos neoliberais que de alguma maneira suportaram o avanço setor suplementar da saúde em detrimento dos interesses do Sistema Único de Saúde que foi definido em 1988, na base de luta e organização histórica, e quais são os possíveis impactos que são as consequências dessas decisões no setor da saúde.

Materiais e Métodos

Tratou-se de uma revisão narrativa¹⁴, com o objetivo de identificar na base do Governo Federal leis e decretos publicados oficialmente desde o governo de Fernando Collor, iniciado em 1990 até o ano de 2020, durante o governo do atual presidente Jair Bolsonaro. Por ser uma revisão mais abrangente, a revisão narrativa acaba por selecionar os artigos sem ser “específica e pré-determinada”, e por isso apresenta limitações por “não exigir um protocolo rígido” quando comparada com a revisão sistemática¹⁴. Dessa forma foi necessário utilizar o protocolo de verificação de qualidade para verificar narrativas¹⁵.

A busca foi guiada pelos seguintes objetivos: identificar/mapear o avanço do setor privado a partir da legitimação do setor suplementar na Constituição de 1988; e verificar a correlação do avanço do setor privado com a atuação de governos neoliberais. Dessa forma, a primeira etapa consistiu na busca no portal oficial do governo federal “Legislação Federal Brasileira”¹⁶ a qual é possível coletar a Constituição Brasileira, Decretos, Leis e Medidas Provisórias, e a página da Casa Civil, subchefia para Assuntos Jurídicos¹⁶, pode-se levar em consideração a pergunta norteadora: Como se deu o desenvolvimento da saúde suplementar a partir da Constituição em detrimento do Sistema Único de Saúde?

Os termos definidos a partir da pergunta de pesquisa focam eleitos de acordo com o tema referido, relacionando-se com setor privado, legislação em saúde e temas relacionados a características neoliberais. A estratégia teve como consequência os seguintes termos: 'saúde', 'saúde suplementar', 'privatização', 'serviços privados', 'planos e seguros privados', 'financiamento' e 'serviços privados'. A partir da definição dos termos, executou-se a busca pelo portal federal de leis e decretos realizada em 08 e 09 de janeiro de 2021, 05 e 06 de fevereiro, o que totalizou em 1271 leis e 2576 decretos entre o período de 15 de março de 1990 até 31 de dezembro de 2020.

Durante a busca das legislações, foram identificados 504 leis e 240 decretos repetidos. Ao considerar o período histórico, também se analisou em 03 de abril de 2022, as 117 emendas publicadas na página da Casa Civil (subchefia de assuntos jurídicos). Após a análise do conteúdo das legislações encontradas, definiu-se o status de utilização de “Sim” para os documentos identificados como relacionados aos temas e trazendo informações relevantes aos objetivos definidos a partir da pergunta norteadora. Para os documentos que não seriam analisados, foi definido o status de “Não”. Do total dos documentos, 29 documentos (16 leis, 11 decretos e 2 emendas constitucionais) foram definidos como aqueles que seriam analisados.

A partir da identificação dos documentos legislativos oficiais publicados, definiu-se uma pesquisa de artigos que trouxessem informações referentes ao conteúdo das legislações selecionadas.

Resultados

Durante a análise dos 29 documentos, é possível identificar os seguintes temas de destaque: 17 das legislações estão conectadas à desvalorização do SUS e redução de verbas disponíveis para o sistema, 13 legislações que indicam a fragilidade da regulação do setor privado, 7 concentrações das empresas no setor privado, bem como o aumento da tendência de verticalização das organizações da saúde.

Cronologicamente é possível então identificar como o enfraquecimento do sistema público ocorreu desde seu início. Ao buscar compreender os documentos legislativos identifica-se que diferentes tipos de decisões e aplicações das leis e decretos em diferentes setores do Estado podem ter reflexos no setor da saúde, o que impacta no sistema no sistema público de saúde em diferentes contextos. Nem sempre as legislações estão diretamente conectadas ao impacto no sistema único, no entanto apenas o fato de mudanças do cenário econômico, a mudança de diretrizes dentro das políticas, são indícios do posicionamento dos líderes e dos respectivos governos. Dessa forma, os documentos legislativos são então a formalização do posicionamento dos diferentes governos e pontos de partidas para entender os impactos que o setor de saúde sofreu.

Os diferentes temas percorridos nas análises legislativas e o tipo de impacto que as decisões definidas no setor, conforme pode ser visto no quadro 1.

Quadro 1. Documentos legislativos, tipo de documento, Principais Considerações de impacto no SUS.

| Título | Objetivo do Documento | Principais Considerações de impacto no SUS |
|--|--|---|
| Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 | Lei que focou na "promoção, proteção e recuperação da saúde" trazendo a regulamentação do Sistema Único de Saúde | A lei que regulamenta o SUS e seus princípios, foi muito importante para concretização do sistema no período de redemocratização. No entanto, a revogação por parte do Presidente Collor de artigos da lei que reduziram a participação popular do sistema |
| Decreto de 1º de agosto de 1991 | Traz informações para a proposta de reforma fiscal para o financiamento público do governo | Decreto que fez parte da reforma fiscal incluída no que foi definido como Plano Collor, que indica mudanças estruturais que visavam que setores como saúde e educação estivessem vinculados à atividades do setor privado, investindo numa agenda alinhada com políticas neoliberais |
| Decreto nº 323 de 01 de novembro de 1991 | Refere-se à "transferência de recursos financeiros para educação e saúde" pelo Governo do distrito Federal | Redução das transferências de recursos para a saúde e educação, começando com 10% em 1992, indo até 60% de redução até 1996. O Governo Collor também representou redução dos recursos de saúde pela metade |
| Lei Nº 8.689, de 27 de julho 1993. | Lei que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) | A lei que importante para finalizar as atividades e incumbências do INAMPS para a atuação do SUS, percebe-se que o fortalecimento do SUS não havia disso uma prioridade do governo anterior e as responsabilidades foram então transferidas para o governo do Presidente Itamar as formalizações da finalização do INAMPS |

| | | |
|--|---|---|
| Decreto de 29 de setembro de 1994 | Alteração do decreto 14/12/1992, responsável pela criação da Comissão Permanente para Licitação Internacional de Produtos Farmacêuticos | Apesar da falta de regulação, tentativa incipiente de licitação de produtos farmacêuticos e insumos |
| Decreto nº 2.594, de 15 de maio de 1998 | Regulamentação da lei 9.491 (09/09/1997) referente ao Programa Nacional de Desestatização | Programa Nacional de Desestatização do governo FHC, demonstrando a priorização do setor privado, o avanço de políticas neoliberais além da política de desfinanciamento de políticas sociais |
| Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 | Lei que focou na "promoção, proteção e recuperação da saúde" trazendo a regulamentação do Sistema Único de Saúde | A lei que regulamenta o SUS e seus princípios, foi muito importante para concretização do sistema no período de redemocratização. No entanto, a revogação por parte do Presidente Collor de artigos da lei que reduziram a participação popular do sistema |
| Decreto de 1º de agosto de 1991 | Traz informações para a proposta de reforma fiscal para o financiamento público do governo | Decreto que fez parte da reforma fiscal incluída no que foi definido como Plano Collor, que indica mudanças estruturais que visavam que setores como saúde e educação estivessem vinculados à atividades do setor privado, investindo numa agenda alinhada com políticas neoliberais |
| Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 | Lei que focou na "promoção, proteção e recuperação da saúde" trazendo a regulamentação do Sistema Único de Saúde | A lei que regulamenta o SUS e seus princípios, foi muito importante para concretização do sistema no período de redemocratização. No entanto, a revogação por parte do Presidente Collor de artigos da lei que reduziram a participação popular do sistema |
| Decreto de 1º de agosto de 1991 | Traz informações para a proposta de reforma fiscal para o financiamento público do governo | Decreto que fez parte da reforma fiscal incluída no que foi definido como Plano Collor, que indica mudanças estruturais que visavam que setores como saúde e educação estivessem vinculados à atividades do setor privado, investindo numa agenda alinhada com políticas neoliberais |
| Decreto nº 323 de 01 de novembro de 1991 | Refere-se à "transferência de recursos financeiros para educação e saúde" pelo Governo do distrito Federal | Redução das transferências de recursos para a saúde e educação, começando com 10% em 1992, indo até 60% de redução até 1996. O Governo Collor também representou redução dos recursos de saúde pela metade |
| Lei Nº 8.689, de 27 de julho 1993. | Lei que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) | A lei que importante para finalizar as atividades e incumbências do INAMPS para a atuação do SUS, percebe-se que o fortalecimento do SUS não havia disso uma prioridade do governo anterior e as responsabilidades foram então transferidas para o governo do Presidente Itamar as formalizações da finalização do INAMPS |
| Lei Nº 8.689, de 27 de julho 1993. | Lei que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) | A lei que importante para finalizar as atividades e incumbências do INAMPS para a atuação do SUS, percebe-se que o fortalecimento do SUS não havia disso uma prioridade do governo anterior e as responsabilidades foram então transferidas para o governo do Presidente Itamar as formalizações da finalização do INAMPS |
| Decreto de 29 de setembro de 1994 | Alteração do decreto 14/12/1992, responsável pela criação da Comissão Permanente para Licitação Internacional de Produtos Farmacêuticos | Apesar da falta de regulação, tentativa incipiente de licitação de produtos farmacêuticos e insumos |
| Decreto nº 2.594, de 15 de maio de 1998 | Regulamentação da lei 9.491 (09/09/1997) referente ao Programa Nacional de Desestatização | Programa Nacional de Desestatização do governo FHC, demonstrando a priorização do setor privado, o avanço de políticas neoliberais além da política de desfinanciamento de políticas sociais |
| Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998. | Refere-se aos planos e seguros privados de saúde | Lei importante para a regulamentação de planos privados e cobertura de procedimentos pelos planos. No entanto, a lei ainda abria possível brechas para a restrição de atendimento pelos planos de saúde para tratamentos específicos (como doenças crônicas). Trazendo a discussão do papel "complementar do SUS" ao setor privado. |
| Decreto de 04 de novembro de 1999 | Refere-se sobre o cancelamento de dotações orçamentárias provenientes do No ministério da Previdência e Assistência Social e da Saúde | Reduziu receita a ser transferida ao Fundo Nacional de Saúde e Instituto Nacional do Seguro |
| Lei No 9.961 de 28 de janeiro de 2000. | Refere-se à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar | A ANS foi criada em 2000, o que demonstra uma grande conquista, mas também um atraso da regulação do sistema suplementar que já era parte do sistema de saúde e inclusive definido como parte do SUS. Sendo uma agência nova ela não garantiu totalidade do controle do setor, e ainda precisou ser adicionado novos mecanismos e ações que foram sendo integrados no decorrer do tempo |
| Decreto de 17 de agosto de 2000 | Refere-se à criação do grupo de trabalho de regulação do setor Farmacêutico com conteúdo sobre medidas regulatórias | Importante ação de regulação do setor privado, mas que demonstra a demora para a instituição de iniciativas perante legislação que se incumbissem desse papel |
| Decreto de 21 de julho de 2000 | Refere-se às transferências orçamentárias à Agência Nacional de Saúde | Demonstra uma das formas de orçamento da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), |
| Lei nº 10.185 de 12 de fevereiro de 2001 | Refere-se sobre "especialização das sociedades seguradoras em planos privados" | Apenas em 2001 o seguro saúde foi então determinado como um também "plano privado de saúde", sendo necessário sua regulamentação |
| Lei nº 10.213 de 27 de março de 2001 | Refere-se à normas do setor de medicamentos | Lei foi revogada e substituída em 2003, mas trouxe a importância da regulação do setor farmacêutico, diante de um cenário carente de regulação dos preços de medicamentos que poderiam ser considerados muitas vezes abusivos |
| Decreto nº 4.766 de 26 de junho de 2003 | Refere-se à regulamentação da criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos | Decreto para a criação da CMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, que foi responsável pelas mudanças de artigos de 1976., |
| Lei nº 10.742 de 06 de outubro de 2003 | Definição de normas de regulação do setor farmacêutico, e da criação da CMED | Revogação da lei 10.213, que regulamenta o mercado farmacêutico. |

| | | |
|---|--|---|
| Lei nº 10.850 de 25 de março de 2004 | Refere-se às responsabilidades da ANS e define diretrizes relacionadas à implementação de programas especiais | Ainda em 2004, a ANS precisava então de novas definições da regulação, principalmente referente aos planos empresariais e regulamentação de planos não adaptados |
| Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004 | Instituição das normas gerais das licitações de parceria público-privada | Traz novas diretrizes e regras referentes às licitações que serão importantes para entender a interação entre os atores públicos e privados |
| Lei nº 11.935 de 11 de maio de 2009 | Alteração do artigo da Lei 9.656 de 1998 e que está relacionada à planos e seguros privados | Apenas em 2009, emergências foram procedimentos definidos como obrigatórios de cobertura pelos planos privados |
| Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011 | Refere-se à alteração da Lei nº 8.080 de 1990 com o conteúdo de assistência terapêutica | Apesar da importância de mudanças de regulação de incorporação de tecnologia, uma vez altera lei de 1990, traz discussões importantes sobre como novas medidas poderiam ter aumentado o acesso à medicamentos |
| Lei nº 12.873 de 24 de outubro de 2013 | Alteração de Lei nº 11.101 sobre o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos | Fortalecimento de entidades filantrópicas, que podem estar conectadas com o maior acesso a serviços de saúde, no entanto importante ressaltar que hospitais privados também podem ser definidos como hospitais filantrópicos |
| Lei nº 13.003 de 24 de junho de 2014 | Alteração de Lei nº 956 de 1998 que se refere aos planos e seguros privados e está relacionado à Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001 | Lei que regulamenta a formalização de contratos entre operadoras e prestadores de serviços, no entanto a lei não define sobre prazo para formalização de contratos anteriores, sendo importante lembrar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada em 2000. |
| 86, de 17.3.2015 | Alteração de artigos de 165, 166 e 198 da Constituição Federal que está relacionada à programação orçamentária | As mudanças impactam o financiamento do SUS, diminuindo a porcentagem de transferência para a saúde da Receita Corrente Líquida |
| Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015 | Refere-se a redução de alíquotas da Constituição para o PIS/PASEP da COFINS | A lei está relacionada à entrada do capital estrangeiro, que permitiu diferentes movimentações dentro do setor privado, contribuindo para a concentração do setor e valorização dos serviços. |
| 95, de 15.12.2016 | Refere-se da alteração das disposições constitucionais transitórias | Congelamento do teto de gastos para a transferência de recursos para saúde e educação, por 20 anos, sendo possível verificar medida vinculada ao desfinanciamento do SUS |
| Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019 | Instituição do Programa Mais Médicos, levando em consideração a atenção primária | Demonstra as iniciativas do governo de Jair Bolsonaro na influência da mudança de abordagem da Atenção Primária no Brasil |
| Decreto nº 10.283 de 20 de março de 2020 | Instituição do Serviço Social Autônomo da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde | Mudança da perspectiva de Atenção Primária durante o governo do presidente Jair Bolsonaro, facilitando as interações do serviço privado referente aos serviços definidos como de Atenção Primária |
| Decreto nº 10.530 de 26 de outubro de 2020 | Refere-se sobre "fomento do setor da atenção primária, relacionado de Programas de Parceria de Investimentos da Presidência da República | Decreto mesmo revogada após grande pressão popular, mostra uma iniciativa de trazer a iniciativa privada para a gestão da saúde de uma forma mais incisiva e profunda, principalmente referente à atenção primária |
| Decreto nº 10.533 de 28 de outubro de 2020 | Revogação do Decreto nº 10.530, de 2020, relacionado de Programas de Parceria de Investimentos da Presidência da República | Revogação do decreto 10.533 após grande pressão popular com o conteúdo de indicação de privatização em relação à atenção primária |

Fonte: Elaboração Própria

Discussão

Verificou-se durante os diferentes governos federais que as legislações embasaram temas que trouxeram a concretização de benefícios para o setor privado, em detrimento do setor público. Pode-se identificar que as políticas neoliberais na linha do tempo dos governos foi a possibilidade de fortalecer o setor privado, que já estava consolidado antes da criação do SUS¹⁶.

Em relação em como essas decisões legislativas impactaram o SUS entende-se que os impactos possam ser bastante variados. Com a construção e definição institucional do Sistema Público de Saúde, seria necessário para sua consolidação legislações que garantissem sua sustentabilidade e que definisse constitucionalmente sua existência e construção.

Primeiramente, é importante ressaltar que a até mesmo extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica) sistema vigente anteriormente a criação do

SUS, foi algo que teve resistência. Tanto que não foi uma prioridade durante o governo de Fernando Collor (1990-1992), assim como outros temas também não o foram¹⁸. Mesmo sendo um período de governo mais curto em razão de sua renúncia antes do final do mandato, é possível verificar que havia o interesse de deixar a discussão da saúde a margem da população, mas também havia a intenção de interferir nos repasses que seriam feitos para o sistema recém-criado, diminuindo pela metade os repasses que seriam realizados¹⁸.

Durante o governo seguinte de Itamar Franco (1990-1992), apesar de movimentos importantes referentes a extinção do INAMPS e avanços na consolidação e estruturação do sistema público¹⁹, houve então mudanças cruciais que trouxeram com a mudança de como seriam os repasses referente às contribuições tributárias para o setor de saúde, uma vez que alteração de como o cálculo do repasse, houve então uma diminuição dos recursos que seriam recebidos pelo SUS²⁰.

Com a chegada do governo de Fernando Henrique Cardoso, FHC, o fortalecimento da política da financeirização (1995-2002), e com a implementação das diretrizes propostas de Bresser Pereira influenciaram o setor da saúde²⁰. Com a temática enfatizada de políticas neoliberais, seguindo o que é definido como “trinômio do ideário neoliberal “privatização, focalização e descentralização”, pode-se observar que para a saúde seria a valorização do crescimento dos planos privados, a maior participação de agências reguladoras ao invés da ação do Ministério da Saúde, e redução da participação do Estado na gestão em saúde⁴. Observou-se essa movimentação principalmente a partir da maior utilização das diretrizes definidas pelo Banco Mundial, banco o qual passou a aumentar o volume de empréstimos para o governo brasileiro²⁰.

Na sequência, com o governo de Luis Inácio Lula da Silva (2003-2010), houve a continuidade das práticas neoliberais também valorização dos interesses das organizações privadas²¹.

Durante o governo de Dilma Rousseff (2010-2015), identificou-se a continuidade da falta de priorização do setor da saúde no plano governo através da definição de percentuais considerados mínimos para o setor de saúde destinados à estados e municípios. Adicionalmente, foi durante esse governo que houve a possibilidade de aplicar a anistia às operadoras para não pagamento de multas aplicadas²².

Após a ruptura de 2016, com o início do governo de Michel Temer, o Brasil sofreu então a definição a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do teto de gastos, materializada na Emenda Constitucional 95, com o congelamento dos gastos com setores de Saúde, Educação o que demonstrou seu alinhamento com políticas neoliberais, e com o avanço do setor privado²³. Durante o governo ficou bastante claro o alinhamento também com a retirada do poder decisório do Estado, bem como o constante interesse de privatização. Adicionalmente, foi nesse período que o então Ministro da Saúde Barros, trouxe a pauta de investimento nos planos populares, que seriam planos mais baratos, focados na população mais vulnerável, com a justificativa de atender à uma demanda do sistema público, mas na verdade favorecendo os interesses do empresariado^{8,21}.

Com a chegada do atual governo, definido na figura do presidente Jair Bolsonaro, viabilizou-se como um governo interessado apenas em destruir as estruturas e governou o país durante uma das maiores crises de saúde pública que é a pandemia de Covid-19²³. Um ponto de conexão, o mesmo Ricardo Barros, ex-Ministro de Michel Temer, esteve então conectado a denúncia de fraude na negociação de compras das vacinas Covaxin²⁴.

Além de considerar os escândalos noticiados e a clara falta de compromisso com a saúde, o governo atual continuou com o alinhamento à iniciativa privada e alinhados a não discussão de aumentar o volume de recursos que seriam destinados ao SUS²⁵. Conectado a essa linha de atuação, tem-se também a finalização de programas que eram importantes para o sistema, como o Mais Médicos e iniciou-se um processo de interferências em esferas bem definidas no SUS de Atenção Primária, com a criação do programa Previne Brasil, o que tirou o foco por exemplo do princípio da universalidade quando muda a forma de avaliação e de em como os serviços serão prestados²⁵.

Através dos benefícios que foram criados para aumentar a participação do setor privado, embasados na legislação, é importante que todos os recursos que deixam de ser arrecadados do sistema privado, não são investidos no próprio sistema público e por isso caracterizam parte do desfinanciamento do SUS²⁶. Os documentos legislativos podem não necessariamente definir a não arrecadação, no entanto os planos de governos consecutivos estão atrelados a aproximação com o setor privado e isso pode ser caracterizado através de diferentes movimentos: incorporação de medicamentos de alto custo pelo SUS, novos direcionamentos da atenção básica que podem viabilizar a entrada dos planos privados; anistia das dívidas das operadoras de saúde, além das linhas de crédito especiais que são concedidas às empresas de saúde²⁶.

É importante verificar que os movimentos governamentais podem apresentar características de políticas neoliberais que podem ser identificadas durante as definições de privatizações que não estavam deliberadamente direcionadas ao setor de saúde, mas que definiram um contexto de enfraquecimento dos serviços públicos e que complementam essa concretização da valorização do que é definido como privado.

O segundo bloco de impacto indica a concentração de empresas no setor privado e o movimento de verticalização das organizações de saúde. Isso pode ser verificado como uma consequência desse cenário de prosperidade do que é privado, o que tornou o ambiente propício para conglomerados e ação do capital financeiro. Em relação à concentração do setor, pode-se observar que com a formalização e legitimação por meio da Emenda Constitucional de 29, traz características importantes que se reflete no setor como a concentração de organizações que atuaram no setor²⁷. Além da atuação do capital estrangeiro foi possível observar a diminuição do número de operadoras de saúde. Entre 2007 e 2020, houve uma diminuição de 40% no número de operadoras que atendem beneficiários²⁸, o que indicou a participação de um número menor no mercado.

É importante observar que com a entrada do capital estrangeiro, também foi possível verificar o aumento do movimento de verticalização do setor, mesmo que essa medida que tenha impactado diferentes setores no país e não tenha sido feita para impactar diretamente a saúde, acabou por fortalecer esse movimento²⁹.

Entre 2007 e 2012 foi possível observar a aquisição da operadora Amil, pela UHG (United Health Group). No entanto o movimento de aquisições não cessou e em 2009 houve a aquisição da Medial, o que a tornou a empresa líder do mercado privado. Outro exemplo é a Rede D'Or que iniciou seus investimentos em medicina diagnóstica e depois passou a investir em hospitais, sendo responsável pela compra em 2010 dos hospitais São Luiz. É um exemplo também de grupo que recebeu investimentos de diferentes organizações financeiras e fundos de investimentos²⁹.

Em 2019, a fusão da rede de laboratórios da DASA, comprou a rede hospitalar Rede Ímpar, uma operação posterior a que já havia sido consolidada em 2000 com aquisição de rede laboratórios. Em 2022, houve a consolidação de duas grandes operadoras de saúde Hapvida e Intermédica NotreDame, o que totalizou em 15 milhões de vidas como clientes dos serviços para serem geridos pela nova organização. E

recentemente também em 2022 grupo Fleury que já tinha realizado operações nos anos 2000, divulgou a aquisição do laboratório Hermes Pardini³⁰.

A concentração dentro do setor e conseqüentemente a verticalização, valorizam o setor privado principalmente porque pode estar diretamente ligada à migração de profissionais do setor de assistência à saúde do setor público para o privado¹². Adicionalmente, é possível observar que isso diminui o poder dos consumidores de encontrarem diferentes opções de prestadores de serviços diminuem³¹. Um indício adicional do cenário de concentração de empresas também pode ser verificado através da atualização do documento do Cade (Conselho Administrativo de Defesa Econômica), que relata a análise de pelo menos 285 pedidos de operações de fusão e aquisição²⁹.

Com a ideia de que o fortalecimento do setor privado valoriza o oferecimento de serviços de saúde de maior qualidade quando comparado aos serviços públicos²⁷, o que realmente se materializa é a concorrência entre os setores e o princípio de universalidade descrito na Constituição passa ser atacado, uma vez que somente uma parcela da população tem acesso aos serviços privados²⁶. Isso porque, aproximadamente 49 milhões de beneficiários dos planos de saúde são ligados à planos coletivos empresariais (ANS), ou seja, dependem da condição de estarem empregados formalmente³⁰.

Na sequência ao avaliar o avanço do setor privado, é possível detectar o terceiro bloco de impacto que seria a fragilidade demora para a garantia da regulação do setor privado, principalmente com o foco nas operadoras de saúde. Isso porque, uma vez que a venda de serviços de saúde já existia, pelo menos desde 1930 com o registro de autogestões, e que uma vez dentro dos artigos da Constituição a regulamentação dessa parcela de serviços não foi tempestivo.

Um exemplo é a definição da lei 9.656 de 1998, que trouxe a ampliação de cobertura de planos e definiu novas diretrizes que bloqueavam as operadoras de saúde de recusar o atendimento de serviços para os beneficiários³¹. No entanto, foi uma lei que também contribuiu para ação do “capital estrangeiro” na saúde, e regulamentou os planos privados. É importante destacar que a criação da Agência Nacional da Saúde (ANS) só ocorreu em 2000, dois anos mais tarde, e que viria a princípio para a regulamentação referente aos planos individuais, que já na época não representavam a maior parcela de planos de saúde contratados³¹.

Apesar do marco da criação da Agência Regulatória, e dos documentos legislativos que embasam a regulação do setor privado, ainda é possível verificar a demora para as definições de legislação e a falta de abrangência de temas relevantes para o setor que podem indicar a fragilidade da regulação em saúde³². Dessa forma, ainda há obstáculos na concepção de transparência para ajustes dos preços dos planos de saúde, bem como a regulamentação dos prestadores de serviços, definições de direitos dos beneficiários que não os deixem desamparados diante por exemplo da perda de emprego, até mesmo definições específicas sobre papéis e responsabilidades dos entes privados de saúde³².

Outro ponto de destaque no papel da regulação é o período da sua criação durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), um período já como colocado de intensa conexão com políticas neoliberais e de redução do papel do Estado em diferentes tipos de decisões. A criação da Agência, traz naquele momento a ideia de que para as decisões de regulação do mercado, seria necessário uma organização e governança que fosse independente e que de alguma forma pudesse endereçar “falhas de mercado”³⁴ por exemplo e “com objetivos básicos de garantir aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral”³⁵.

Com a passagem do tempo, entende-se que a ANS teve avanços importantes na regulação, definições de ampliação de cobertura de medicamentos e procedimentos. No entanto, entende-se que seria necessário avançar em alguns temas da regulação do setor, e que poderia ser embasado a partir da legislação, como por exemplo em melhores definições de critérios para avaliar a qualidade dos serviços e de metodologias para monitorar os mesmos³⁵.

Adicionalmente, o tema de renúncias fiscais realizadas pelas empresas privadas, o que são recursos que acabam por não serem revertidos para utilização do sistema público, que seriam essenciais para a consolidação das “propostas de universalização e integridade da cobertura de ações e serviços prestados pelo SUS”³⁵. Indiretamente, a manutenção das renúncias fiscais são incentivos para a utilização de planos privados e ao analisar aqueles tem acesso aos planos, verifica-se que grande parte da população ainda é atendida via sistema público, que acaba por ficar sobrecarregado e deixa de utilizar os recursos financeiros que poderiam ser arrecadados via impostos (IRPJ – Imposto de Renda de Pessoa Jurídica)^{36, 37}.

É importante acrescentar que a renúncia de arrecadação também se aplica à pessoa física, ou seja, beneficiários de planos de saúde que se utilizam de serviços e tem abatimento no imposto de renda (IRPF – Imposto de Renda de Pessoa Física), o que indica a concentração do acesso aos serviços de saúde a uma parcela da população “de classe social dominante”, e acabam por indicar também um financiamento dos serviços oferecidos pelo setor privado de saúde³⁶.

Finalmente, acrescenta-se a dificuldade de monitoramento de outras atividades que oferecem serviços de saúde privados e de definição de regras e normativas para regulação delas. Isso pode ser indicado por exemplo com a aplicação de cartões de saúde, definidas por mensalidades muito baixas para garantir assistências pontuais aos beneficiários³⁵. O registro desses serviços ainda não é bem definido e a atenção para o surgimento de demais práticas que precisem ser reguladas para que não apontem subterfúgios para driblar a regulação, bem como, monitoramento de empresas que atuam com saúde, mas não constam no registro da Agência e competem de maneira desleal com as demais empresas do setor³⁵. Dessa forma, esse bloco demonstra também que se pode ter espaço na legislação para trazer novos pontos que não somente fortaleçam a regulação do setor, mas que tragam novas medidas que imponha novas responsabilidades para as organizações privadas e que retornem para o SUS recursos e direitos que hoje não são claros ou são negados.

Considerações finais

É possível evidenciar que o contexto legislativo traz indicativos de como leis, decretos e emendas constitucionais balizam o cenário da saúde de forma que indiretamente ou diretamente contribuem para a consolidação do setor privado. Conseqüentemente, para o sistema público isso significa perda de recursos financeiros e de pessoas também, direitos, um possível aumento da desigualdade de acesso ao sistema, e uma ameaça aos princípios definidos em Constituição.

Na linha do tempo dos governos federais, observou-se que independente de qual representante do governo federal, o contexto neoliberal e diretrizes de governos que já beneficiavam empresas privadas no geral, acabam por impactar também o setor da saúde como um todo. Muitas vezes, as políticas não necessariamente ligadas à saúde, no entanto por impactarem todo o cenário econômico e de como o Brasil se comportaria em

diferentes frentes de desenvolvimento, conseqüentemente o impacto em saúde aconteceria.

Quando se analisa os impactos das legislações, muitas delas sacramentadas seguindo contextos de políticas de caráter neoliberais, ficou claro que a consolidação do setor privado que atua cada vez menos como suplementar ao SUS, mas que se utiliza do SUS como um sistema acoplado, e se beneficia da regulamentação do sistema público para se fortalecer, capilarizar e concentrar.

O desafio é que além de defender o SUS, a discussão também poderia e deveria estar envolvida no contexto legislativo, para que o setor privado possa ser regulamentado, e mais que isso que fique claro como os movimentos atuais do setor enfraquecem o acesso ao sistema público, resultando em sua sobrecarga. Dessa maneira, a transparência de como as organizações privadas hoje é afetada ou até mesmo protegida precisam também estar mais claras para a população como um todo, uma vez que é importante discutir a ideia que ainda prevalece de que o privado oferece mais serviços de qualidade, combinadas ao desconhecimento dos serviços e avanços que somente o SUS possa garantir para a sociedade brasileira. Acompanhar os desafios e cenários expostos nesse artigo, pode ser uma maneira adicional de ao passar pela história do SUS via legislações desde 1988, seja possível enfrentar os obstáculos e conjuntamente defender o Sistema Público de Saúde.

Referência

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
2. Borlini, L.M., 2010. Há pedras no meio do caminho do SUS - Os impactos do Neoliberalismo na saúde do Brasil. Rev. Textos & Contextos v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010
3. Saes, D. República da Capital. Boitempo; 2001
4. Menezes, D.H.L., A política de Saúde Brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais
5. Muniz, B.B., A Abertura do setor da saúde ao capital estrangeiro [Internet]. 2015 [citado 10 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://lbnadvogados.jusbrasil.com.br/artigos/209640394/a-abertura-do-setor-de-saude-ao-capital-estrangeiro>

6. Barros, B.T.S., Brito, A.E.C., 2019. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019
7. Reinholz, M., Emenda 95, o enfraquecimento do pacto social. Brasil de Fato [Internet]. 3 de outubro de 2018 [citado 12 novembro de 2021]. Disponível em <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/01/28/brasil-e-pior-pais-do-mundo-na-gestao-da-epidemia-de-covid-19-aponta-estudo-australiano.ghtml>
8. Bravo, M.I.S., Pelaez, E.J., 2020. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE, Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020
9. Ministério da Economia. 2020. Decreto prevê construção de novas Unidades Básicas de Saúde nos estados, municípios e DF [Internet]. 27 de outubro de 2020 [citado 13 de dezembro de 2021]. Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/decreto-preve-construcao-de-novas-unidades-basicas-de-saude-nos-estados-municipios-e-df#>
10. Fusões, aquisições e verticalização: as novas tendências no mercado da saúde. Setor Saúde [Internet]. 27 de agosto de 2019 [citado 12 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/fusoes-aquisicoes-e-verticalizacao-as-novas-tendencias-no-mercado-da-saude>
11. Brasil é pior país do mundo na gestão da epidemia de Covid-19, aponta estudo australiano. GI [Internet]. 2021 [citado em 08 de maio de 2021]. Disponível em <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/01/28/brasil-e-pior-pais-do-mundo-na-gestao-da-epidemia-de-covid-19-aponta-estudo-australiano.ghtml>
12. Melo, K., CPI: médico confirma denúncias contra Prevent Senior. Agência Pública [Internet]. 2021 [citado 12 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2021-10/cpi-medico-confirma-denuncias-contraprevent-senior>
13. Scheffer, M.; O Capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(4):663-666, abril 201
14. Cordeiro, A.M., de Oliveira, G.M., Rentería, J.M., Guimarães, C.A., Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Revista de Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2007

15. Gonçalves, R.J., Moreira, M.M., de Moraes, L.M., Protocolo de Critérios de Qualidade de Revisões Narrativas.
16. (CQRN)1
17. Brasil. Legislação Federal Brasileira. [Internet] Disponível em: [Pesquisa Legislação da Presidência da República \(presidencia.gov.br\)](https://pesquisa.presidencia.gov.br)
18. Brasil. Presidência da República Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. [Internet] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/quadro_emc.htm
19. PAIM, J.S., Período Collor. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 183-192. ISBN 978-85-7541-359-3 Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
20. Celuppi, I.C., Geremia, D.S, Ferreira, J., Pereira, A.M.M., de Souza, J.B.; 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito à saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 43, N. 121, P. 302-313, Abr-Jun, 2019
21. PAIM, J.S., Período Itamar. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 193-202. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
22. J.C.F., A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010. p. 277-310.
23. Reis, C.R., Paim, J.S., A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro. n. 58, p. 101-114, Julho 2018
24. Fonseca, A.D., da Silva, S.L.A., O Neoliberalismo em Tempos da Pandemia: Governo Bolsonaro no contexto da crise da Covid-19. Ágora (St. Cruz Sul, Online), v.22, n.2, p. 58-75, julho-dezembro, 2020

25. De Oliveira, C., Em novo ataque ao SUS, Ricardo Barros manda ANS avaliar planos “acessíveis”. RBA-Rede Brasil Atual [Internet]. 2017 [citado 26 de janeiro de 2017]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2017/01/em-novo-ataque-ao-sus-ricardo-barros-manda-ans-avaliar-planos-acessiveis/>
26. Frazão, F., Quem é Ricardo Barros, líder do governo apontado no caso da vacina Covaxin. CNN Brasil [Internet]. 2021 [citado 26 de junho de 2021] <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/quem-e-ricardo-barros-lider-do-governo-apontado-no-caso-da-vacina-covaxin/>
27. Felizardo, N., 80% dos clientes de Planos de Saúde terão que recorrer ao SUS, diz pesquisadora Ligia Bahia. The Intercept [internet]. 2022 [citado em 4 de maio de 2022] <https://theintercept.com/2022/05/04/entrevista-ligia-bahia-planos-de-saude-sus/>
28. Mendes, A., Carnut, L., Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política, Niterói. n 57, p. 176-210, setembro de 2020 a dezembro de 2020
29. Instituto de Saúde Suplementar. Dados de Saúde: Operadoras de Planos Médicos. [Última atualização 14 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://iessdata.iess.org.br/dados/nomh>
30. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Administrativo de Defesa Econômica. Ato de Concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica. Brasília, Janeiro de 2022
31. Cauti, C., Fleury (FLTY3) e Hermes Pardini (PARD3) acertam fusão. Exame invest [Internet]. 2022 [citado 30 de junho de 2022]. Disponível em: <https://exame.com/invest/mercados/fleury-flty3-hermes-pardini-pard3-fusao/>
32. De Sá, E.B., Barros, E.D., Vieira, R.S., De Paiva., Capítulo 6 – Capital Estrangeiro nos serviços de Assistência à Saúde e seus riscos. “In”: E Souza, A., Miranda, P., editores. Brasil em Desenvolvimento 2015: Estado, Planejamento e Políticas Públicas. Brasília. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). P. 139-172
33. ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). ANS Tabnet, Informações em Saúde Suplementar. [Internet] Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_cc.def

34. Bahia, L., Simmer, E., De Oliveira, D.C., Cobertura de Planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (4), p. 921-929, 2004
35. Carvalho, E.B., Cecílio, L.C.deO., A regulamentação do setor de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9):2167-2177, set, 2007
36. Salvatori, R.T., Ventura, C.A.A., A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: Onze Anos de Regulação dos planos de saúde. *O&S - Salvador*, v.19 - n.62, p. 471-487 - Julho/Setembro - 2012
37. Ocké-Reis, C.O., Texto para discussão - Avaliação do Gasto Tributário em Saúde: o caso das despesas médicas do imposto de renda de pessoa física (IRPF). / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro, 2021
38. Machado, F.G., Mendes, A.N., Carnut, L., formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 354-363, Abr-Jun 2018