

**NOTA TÉCNICA – 01/04/2020**

## **AS EMPRESAS DE PLANOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: ENTRE A OMISSÃO E O OPORTUNISMO**

A universalidade do Sistema Único de Saúde, as ações de vigilância epidemiológica coordenadas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios, e a existência de instituições públicas de pesquisa e de produção de insumos para a saúde são vantagens do Brasil no enfrentamento da pandemia Covid-19.

Mas não se pode contornar o fato de que, enquanto grande parte da população respondeu ao isolamento social preconizado, a rede assistencial pública e privada ainda não foi preparada nem adequada para as necessidades, mesmo nos melhores cenários projetados para os próximos meses.

As medidas que acompanharam o estado de calamidade pública decretado pelo governo federal em 20 de março<sup>1</sup> não reconheceram ou subestimaram a insuficiência, a desigualdade e a fragmentação da oferta e uso de recursos assistenciais no sistema de saúde no Brasil, situação que dificulta respostas à altura da crise sanitária instalada.

Em fevereiro de 2020, o Brasil tinha 2,01 leitos por 1.000 habitantes<sup>2</sup>, taxa menor do que a registrada em países<sup>3</sup> como Itália (3,18), Espanha (2,97) e Inglaterra (2,81). Essa taxa varia muito entre regiões e unidades da federação (1,6 no Amapá a 2,6 no Rio Grande do Sul)<sup>2</sup>.

Apenas parte da capacidade instalada hospitalar está disponível para o atendimento universal, já que 31% dos leitos são destinados ao atendimento de clientes de planos de saúde e particulares. A segmentação da oferta de leitos é peculiar porque, na rede SUS, 21,5% dos leitos são de natureza privada e 64% são filantrópicos<sup>2</sup>. Ou seja, um mesmo hospital pode, no Brasil, vincular-se simultaneamente ao SUS e aos planos privados.

A clivagem da oferta de leitos de acordo com oportunidades de captação de recursos, públicos ou privados, é responsável por disparidades regionais e concentração de recursos assistenciais no setor privado da saúde: em 2018 foram realizadas 171,6 internações para cada 1.000 clientes de planos de saúde<sup>4</sup> e 73 para cada 1.000 pacientes assistidos pelo SUS<sup>2</sup>.

É nítida a concentração de recursos assistenciais nas estruturas privadas e nas regiões, estados, cidades e até em bairros nos quais habitam ou circulam segmentos populacionais vinculados aos extratos superiores de renda.

Mesmo em áreas onde há abundância de serviços de saúde e hospitais, barreiras de acesso são definidas pela capacidade de pagamento e pela existência de planos de saúde com redes de pior qualidade e coberturas menos abrangentes.

Se mantido inalterado neste momento de emergência sanitária, esse padrão de desigualdade caracterizado pela maior oferta de recursos hospitalares para a minoria da população será um grande obstáculo à redução das taxas de letalidade durante a pandemia.

Além das estratégias de prevenção populacional, de afastamento social, de proteção específica aos profissionais de saúde, e de retaguarda de serviços de saúde adaptados à nova realidade, a mitigação da pandemia exige a definição clara de papéis e responsabilidades de todos os agentes públicos e privados que compõem o sistema de saúde no Brasil.

Ainda não foi definida qual será, durante a pandemia, a real participação dos planos e seguros de saúde, setor que compreende 47 milhões de brasileiros e que movimentou R\$ 213,5 bilhões em 2019<sup>(A)</sup>.

Responsável por regulamentar este mercado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de maneira pontual e totalmente descoordenada dos esforços do SUS, passou a editar medidas que favorecem operadoras de planos de saúde e outras empresas privadas do setor, que podem afetar diretamente clientes, médicos, profissionais de saúde e prestadores de serviços.

Esta *Nota*, uma produção conjunta de grupos de pesquisa da USP e da UFRJ, elenca as principais medidas anunciadas e o montante de recursos que potencialmente podem ser mobilizados pelo segmento suplementar.

O esforço de sistematização de medidas anunciadas e de normas legais recentes tem como objetivo subsidiar o monitoramento e o controle da destinação de verbas adicionais a serem alocadas para o enfrentamento da pandemia.

O texto foi organizado mediante consulta à legislação, pronunciamentos, documentos e notícias divulgadas nos meios de comunicação. Procurou-se vincular as decisões recentes com as demandas das operadoras antes mesmo da pandemia e, quando pertinente, levantou-se o valor financeiro envolvido.

---

<sup>(A)</sup> Estimativa de receita. Projeção com base em dados do terceiro trimestre de 2019 e da receita total de 2018, disponíveis em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

O trabalho, limitado a propostas e projetos que acrescem subsídios públicos ao setor assistencial privado até o dia 31 de março de 2020, enfoca quatro tópicos: 1) flexibilização de saques autorizados ao Fundo Garantidor dos planos de saúde; 2) linhas de crédito, repasses e subsídios governamentais ao setor privado da saúde; 3) racionalização do fluxo assistencial dos planos de saúde, visando economia de recursos; 4) apontamentos sobre possíveis repercussões da epidemia em inadimplências, rescisões de contratos, mensalidades e reajustes futuros dos planos de saúde.

Ao fim propõe-se a aproximação dos planos de saúde e da ANS aos interesses coletivos do momento, com adequações excepcionais de normas, condutas e capacidade do setor suplementar adequadas à emergência sanitária instalada e subordinadas ao comando público do Sistema Único de Saúde.

Trata-se de uma compilação de medidas governamentais recentes e, portanto, com alcance interpretativo restrito em função de dúvidas sobre conteúdos e formatos que adquirirão quando e se forem implementadas.

### **Flexibilização e deturpação da natureza fiduciária do Fundo Garantidor**

Em 18 março o ministro da saúde, Luís Henrique Mandetta, anunciou<sup>5</sup> que os planos de saúde poderiam mobilizar até 20% do Fundo Garantidor da Saúde Suplementar (FGS), em função da pandemia de Covid-9.

Em 20 de março, a ANS divulgou o seguinte informe:

“Flexibilização da gestão de recursos – a ANS está estudando permitir que as operadoras tenham maior liberdade para movimentar recursos que hoje são reservados para outros fins ou para situações excepcionais. Entre redução na exigência de capital e a liberação de autorização para movimentação de ativos garantidores, as medidas envolvem aproximadamente R\$ 15 bilhões e o principal objetivo é facilitar o investimento na ampliação de leitos e de unidades ambulatoriais a pacientes com o coronavírus”<sup>6</sup>.

O Fundo Garantidor é uma reserva formada por ativos dos próprios planos de saúde. Em caso de insolvência das operadoras, o fundo pode ser acionado para evitar desassistência de pacientes, reduzir os riscos de calotes e inadimplência junto aos prestadores (médicos, hospitais, laboratórios), e facilitar a transferência de usuários para outro plano de saúde.

Muito antes do pretexto do coronavírus, flexibilizar o acesso ao fundo já era um pleito das operadoras. Em julho de 2019, segundo notícias veiculadas<sup>7</sup>, executivos do grupo Unimed apresentaram ao ministro Mandetta (ex-presidente da Unimed de Campo Grande) pedido para liberação de 50% do total do Fundo Garantidor (estimado na época em mais de R\$ 50 bilhões) para construção de hospitais e clínicas. Também a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) defendeu a liberação de mais recursos do FGS para as operadoras “alargarem seus investimentos”<sup>7</sup>.

Desde que foi criado o FGS, em 2009<sup>8</sup>, os planos de saúde pressionam a flexibilização de sua composição e uso. O coronavírus é a justificativa da vez, mas trata-se do mesmo movimento bem sucedido em outras ocasiões.

Em 2015, a ANS cedeu aos planos de saúde e editou resolução<sup>9</sup> transformando passivos em ativos garantidores, aceitando, por exemplo, a vinculação de bens imóveis das operadoras como garantia.

Em 2017, os planos obtiveram da Agência<sup>10</sup> novo benefício no uso do FGS. Sob alegação de impactos da crise econômica no setor, foi instituída a autorização prévia anual às operadoras de planos de saúde para livre movimentação dos ativos garantidores. Permitiu-se que os ativos fossem geridos e trocados entre as várias opções disponíveis no mercado financeiro, conforme a oportunidade de rendimento e vencimento dos títulos, mediante uma única autorização anual. Entre outros efeitos, foi permitido que dívidas das operadoras se transformassem em créditos.

A nova medida, com a justificativa da pandemia do coronavírus, visa agora facilitar e flexibilizar a liberação de 20% do fundo garantidor, o que representaria, segundo a ANS, a possibilidade de as operadoras acionarem cerca de R\$ 15 bilhões<sup>6</sup>.

Esse expressivo montante de recursos requer a liberação e reposição mediante balizamentos transparentes para não se tornar um cheque em branco para as operadoras. Não estão claros quais serão os instrumentos e regras de aprovação e fiscalização dos saques ao fundo, quais tipos de gastos e investimentos serão autorizados, e quais mecanismos para prevenção e eventual punição do uso indevido não relacionado à pandemia.

Como não existe um plano de ação da ANS e das empresas do setor para enfrentamento da Covid-19, que incluía a reorganização assistencial da saúde suplementar em função das novas e crescentes demandas de atendimento, a anunciada liberação de recursos do fundo garantidor tende a ser uma continuidade das articulações entre operadoras e agência, uma reiteração do desvirtuamento dos propósitos iniciais do fundo, ampliando riscos para usuários e prestadores de serviços.

## **Créditos, repasses e subsídios governamentais a hospitais privados e empresas da saúde**

A ajuda financeira aos planos de saúde durante a pandemia poderá ser direta, por meio de saques ao Fundo Garantidor, mas também as operadoras do setor, assim como outras empresas envolvidas com a saúde suplementar, poderão acessar créditos, empréstimos, repasses e subsídios governamentais, de maneira ainda não totalmente esclarecida.

Serão abordadas as medidas anunciadas pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), pela caixa Econômica Federal (CEF) e aquelas tomadas no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS).

Destacam-se subvenções que poderão ser mobilizadas por hospitais privados e filantrópicos que atendem, exclusivamente, convênios médicos e particulares ou que atuam em regime de “dupla porta”, com atendimento a usuários do SUS e a clientes de planos na mesma estrutura hospitalar.

### **Linhas de crédito do BNDES**

Em 22 de março o BNDES anunciou um pacote de medidas no valor de R\$ 55 bilhões<sup>11</sup> para mitigar os efeitos econômicos da pandemia. Uma semana após, foi comunicada pela instituição a abertura de linha emergencial de R\$ 2 bilhões para empresas da área de saúde e a existência de uma lista de 30 empresas potenciais destinatárias dos novos recursos. Trata-se de valor significativo, sem contar que as empresas de saúde também serão beneficiárias de suspensões e amortizações temporárias, por prazo de até seis meses, de empréstimos contratados.

Durante uma semana desde o anúncio não houve detalhamento da destinação dos recursos para a saúde. Tal indefinição estimulou distintas interpretações, desde o aporte para estimular a atenção universal do SUS até a alavancagem de grupos setoriais privados, intensificando a segmentação da oferta de leitos.

No dia 29 de março, diretores do BNDES procuraram explicitar critérios de acesso aos recursos (considerando o que será financiado e quem é elegível) e voltaram a mencionar, sem nominá-las, 30 empresas da saúde que imediatamente poderiam ser contempladas.

A perspectiva é financiar empresas de serviços de arquitetura e engenharia, prestadores de serviços de saúde e aquelas que atuam na produção, importação ou comercialização de insumos, peças, componentes e produtos para a saúde humana. Empresas do setor da indústria de transformação que adaptem atividades regulares

também são elegíveis. Essas empresas e instituições ficariam responsáveis pela ampliação emergencial da oferta hospitalar (3.000 leitos de UTI), respiradores (15.000 equipamentos) e monitores (5.000).

O apoio às empresas prestadoras de serviços, segundo o BNDES, será destinado prioritariamente às regiões com menos de 1 leito por 10.000 habitantes e com hospitais de capacidade instalada superior a 100 leitos<sup>12</sup>.

Esses parâmetros, especialmente os leitos de terapia intensiva, persistem gerando dúvidas sobre a natureza pública ou privada e sobre a localização da expansão da oferta. Haverá mais 3.000 leitos com acesso universal ou destinados ao setor privado? É plausível supor que o apoio seja direcionado à rede SUS e também para prestadores privados, mas para isso os projetos deverão estar adequados aos critérios de localização de leitos propostos pelo Ministério da Saúde.

No entanto, a tentativa de delimitação geográfica, buscando priorizar áreas com menor densidade de leitos, é imprecisa. Serão realmente valorizados os projetos para estados com menor oferta de leitos de terapia intensiva por habitantes como Roraima, Pará, Maranhão, Piauí e Bahia? Se for considerada a restrição de capacidade instalada da rede SUS, isso incluiria Amapá, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Santa Catarina e todas as unidades da federação localizadas na Região Centro-Oeste (Tabela 1 - Anexo).

Tais interrogações são procedentes em função do histórico de suporte do BNDES a grandes grupos econômicos do setor saúde, como a operadora de planos de saúde Amil, que recebeu créditos (operações automáticas e não automáticas entre 2002 e 2010) que perfazem aproximadamente R\$ 100 milhões (valor não atualizado), para finalidades diversas, como construção de hospitais e emissão debêntures<sup>13</sup>.

Este padrão de financiamento do BNDES contribuiu para acentuar a desigualdade de acesso a serviços e procedimentos hospitalares no Brasil. Entre 2015 e 2016 o BNDES concedeu suporte financeiro para a ampliação de 450 leitos hospitalares privados<sup>14</sup> e, no período 2017 a 2018, contribuiu para aumentar a oferta privada com 742 leitos<sup>15</sup>. No intervalo de tempo de 2016 a 2018 a rede hospitalar do SUS perdeu cerca de 7.500 leitos enquanto a rede que atende a planos de saúde privados adquiriu 2.350 leitos, especialmente na Região Sudeste (onde 60% dos novos leitos são privados) (Tabela 2 - Anexo).

### **Liberação de recursos da Caixa Econômica Federal (CEF)**

No dia 26 de março, as medidas apresentadas pela Caixa Econômica Federal “para ajudar a combater o efeito do novo coronavírus na economia e reforçar a liquidez”

somavam R\$ 33 bilhões. Entre os recursos adicionais situam-se mais R\$ 2 bilhões de crédito para Santas Casas e filantrópicos (um acréscimo aos R\$ 3 bilhões anteriormente disponíveis, cujo anúncio foi realizado em 19 de março)<sup>16</sup>.

O crédito de R\$ 5 bilhões da CEF para hospitais filantrópicos será acompanhado pela redução da taxa de juros de 20% para 10% e, segundo o presidente da instituição, Pedro Guimarães, “provavelmente vamos reduzir mais.” Foi também aventada a perspectiva de redução dos juros de empréstimos pretéritos. De acordo com o presidente da República “quem deve 20% ao ano poderá ser reestudado”<sup>17</sup>.

Créditos, empréstimos, anistias e refinanciamento de dívidas de hospitais filantrópicos (que também atendem planos de saúde) não constituem novidade. Os primeiros arranjos financeiros governamentais para beneficiar Santas Casas datam do século XIX. A lei nº 18, de 27 de fevereiro de 1836, concedeu à Irmandade de Santos por cinco anos o direito a uma loteria beneficente. No início do século XX recursos às Santas Casas constavam no orçamento do estado de São Paulo.<sup>18</sup> Na época, os subsídios públicos financiavam o atendimento dos segmentos populacionais mais pobres.

Até os anos 1990, os hospitais filantrópicos atendiam pacientes denominados indigentes e também celebrava convênios com instituições públicas, como Inamps e Funrural. Eram rarefeitos os leitos denominados “particulares” em instituições filantrópicas. Conseqüentemente, os aportes financeiros públicos eram destinados à maioria da população.

A partir dos anos 2000, os subsídios públicos passaram a ser direcionados para hospitais filantrópicos, mas parcela significativa dos leitos foi alocada para o atendimento de clientes de planos de saúde. Em 2005, 76% dos leitos de instituições filantrópicas integravam a rede SUS e, no início de 2020, 70%<sup>19</sup>. Perdura há décadas tal reconfiguração, que consiste na “dupla porta” de entrada em hospitais filantrópicos, juntamente com a existência de cinco hospitais chamadas de “excelência” (quatro em São Paulo e um no Rio Grande do Sul), que não integram a rede SUS, mas são legalmente filantrópicos e gozam de isenção fiscal.

Conseqüentemente, parte dos recursos públicos, inclusive equipamentos comprados pelo Ministério da Saúde, contribui também para a assistência aos segmentos populacionais vinculados a planos de saúde.

Em 2011 e 2012, tentativas do Ministério da Saúde de incentivar que hospitais beneficentes de assistência social passassem a prestar seus serviços exclusivamente ao SUS (Incentivo 100% SUS)<sup>20</sup> não foram inteiramente bem sucedidas, terminando por incluir instituições com atendimento segmentado.

Tampouco, o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos (PROSUS)<sup>21</sup>, instituído em 2013, que concedeu moratória, por 15 anos, e remissão das dívidas no âmbito da Secretaria da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional<sup>22</sup>, logrou solucionar o problema de endividamento dos hospitais filantrópicos. Segundo a Confederação das Misericórdias do Brasil em 2017 as dívidas das Santas Casas ultrapassavam R\$ 22 bilhões<sup>23</sup>.

Em 2018 o governo Temer apresentou ao Congresso Nacional uma polêmica Medida Provisória<sup>24</sup> permitindo que 5% dos recursos de aplicação do FGTS fossem destinados para a concessão de empréstimos a hospitais filantrópicos com taxas de juros limitadas a 8,66% ao ano. Uma nova Medida Provisória<sup>25</sup>, procurando atender o posicionamento do Conselho Curador do FGTS, permitiu embutir um percentual de até 3% para suportar minimamente os riscos dos empréstimos. Em 2019 a concessão de créditos com taxas de juros menores tornou-se uma bandeira da Frente Parlamentar das Santas Casas<sup>26</sup>.

A decisão de socorrer novamente os hospitais filantrópicos, agora sob o pretexto da pandemia, deu-se após solicitação da Frente Parlamentar das Santas Casas, presidida pelo deputado federal Antonio Brito (PSD), e da Confederação Nacional das Santas Casas (CMB), presidida por Mirócles Veras. Ambos apresentaram ao governo federal as propostas e medidas do setor para apoiar o controle e o tratamento da Covid-19, dirigidas ao ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, e ao presidente da CEF, Pedro Guimarães, que de imediato viabilizou a nova linha de crédito<sup>27</sup>.

### **Financiamento público para hospitais que não atendem SUS**

No dia 9 de março o Ministro da Saúde reuniu-se, em Brasília, com gestores de cinco hospitais<sup>28</sup>: Sírio-Libanês, Albert Einstein, Oswaldo Cruz e Hospital do Coração (HCor), de São Paulo, e Moinhos de Vento, de Porto Alegre. Em comum, esses hospitais, que só atendem planos de saúde e particulares, integram o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), financiado com recursos de isenção fiscal (COFINS e cota patronal do INSS), destinado a hospitais filantrópicos reconhecidos pelo Ministério da Saúde como de excelência<sup>29</sup>.

O Ministério da Saúde pediu que esses hospitais contribuam para o enfrentamento da epidemia, usando recursos e pessoal envolvidos em projetos do Proadi-SUS. Em 24 de março o Hospital Albert Einstein, Gerdau e Ambev informaram a construção de um hospital de 100 leitos, com valor estimado em R\$ 10 milhões. As três empresas pretendem concluir a estruturação da unidade hospitalar em um mês, a ser destinada ao SUS, gerida pelo Einstein, que já administra outra unidade próxima ao local<sup>29</sup>. O hospital

Albert Einstein participará também em conjunto com a Prefeitura de São Paulo dos esforços para operacionalizar 200 leitos que serão instalados no estádio do Pacaembu para casos de internação que não necessitem terapia intensiva<sup>30</sup>.

Essa expansão da oferta pública com financiamento dos investimentos de agentes privados gerará despesas de custeio para a Prefeitura de São Paulo. O pagamento de pessoal, sabidamente o principal item de gastos de hospitais, ficará certamente ao encargo do governo municipal, uma vez que os recursos do Proadi (R\$ 4,6 bilhões entre 2009 e 2017)<sup>31</sup>, não podem ser utilizados para a prestação de serviços de saúde. Trata-se de uma iniciativa relevante e bem-vinda, mas que, para ser duradoura, exigirá do SUS expansão dos seus orçamentos.

Por enquanto, não foram localizadas outras iniciativas do Proadi, tais como apoios a pesquisa sobre o coronavírus e capacitação de recursos humanos para atuar no combate à pandemia. O *site* construído para expor os projetos financiados com recursos do Proadi não menciona o coronavírus<sup>31</sup>. Ou seja, a mobilização dos hospitais denominados de excelência, até o momento da pandemia, foi pontual.

## **Restrições e postergações de coberturas assistenciais**

No dia 25 de março, a ANS anunciou “medidas para que operadoras priorizem o combate à Covid-19”<sup>32</sup>.

Dentre elas, determinou o adiamento de atendimentos não caracterizados como urgência e emergência, alegando necessidade de reduzir a sobrecarga dos serviços de saúde. Assim, a ANS autorizou que os planos de saúde desrespeitem os prazos máximos de atendimento, regulamentados desde 2011<sup>33</sup>, para a realização de consultas, exames, terapias e cirurgias.

Uma consulta com médico especialista, por exemplo, que deveria ser assegurada em no máximo 14 dias, agora pode ser marcada para até 28 dias. Os procedimentos de alta complexidade podem ser agendados para 42 dias adiante, sendo que o prazo anterior era 21 dias. Já a internação eletiva e o atendimento em regime de hospital-dia, que deviam, conforme regra anterior, ser cobertos em no máximo 21 dias e 10 dias, respectivamente, tiveram seus prazos totalmente suspensos<sup>32</sup>.

A ANS prorrogou também os prazos nos casos em que empresas de planos de saúde exigem autorização prévia ou junta médica para dirimir divergência sobre a decisão médica do procedimento a ser coberto, situação que, em prazos anteriores, já ocasionava imensa espera do paciente.

Em 2019, uma proposta de nova lei, elaborada pelas operadoras e amplamente repercutida<sup>34,35</sup>, previa a mesma medida agora por elas conquistada: a liberação de prazos e critérios de atendimento, inclusive conforme capacidade regional. O projeto de lei das empresas de planos de saúde recebeu naquele ano inúmeras críticas, não tendo iniciado, até abril de 2020, sua tramitação no Congresso Nacional. Mas vários dos pontos, então defendidos pelos empresários do setor, passaram a ser contemplados neste momento da pandemia do coronavírus.

Os atendimentos eletivos, segundo a legislação<sup>36</sup>, referem-se a casos nos quais não há risco de vida e de lesões irreparáveis, ou que não decorram de acidentes pessoais e de complicações no processo gestacional.

Os prazos máximos de atendimento originalmente definidos desde 2011 pela ANS ficam mantidos, segundo a agência<sup>32</sup>, apenas para atendimentos de urgência e emergência, pré-natal, parto e puerpério, doentes crônicos, tratamentos continuados, revisões pós-operatórias, diagnóstico e terapias em oncologia e psiquiatria.

O agendamento do procedimento ou atendimento eletivo, o momento de definir a necessidade de consulta, exame, cirurgia e tratamento, é uma prerrogativa autônoma do médico assistente em acordo com o paciente, com análise de cada caso e cada situação de saúde.

Mesmo no atual momento excepcional da Covid-19, não deveria ser atribuída às operadoras e à ANS decisão de quais atendimentos podem ou não ser adiados, sob risco de prejudicar a saúde de pacientes. É razoável supor que, mesmo diante da pandemia, serviços de saúde, consultórios, clínicas, hospitais e centros cirúrgicos devam estar preparados para assistir pacientes com inúmeros outros problemas e agravos de saúde que não o coronavírus.

Além disso, sem acesso a consultas e atendimento médico agendado, pacientes de planos de saúde tenderão a buscar serviços de emergências de hospitais, nos quais o risco de contaminação por coronavírus é muito elevado.

Caberia mais uma vez ao médico assistente ponderar, caso a caso, os prejuízos, para a saúde e a vida do paciente, do adiamento do tratamento e procedimentos necessários, previamente agendados ou a serem marcados, ainda que não urgentes, e o risco de exposição dos pacientes em ambiente ambulatorial ou hospitalar durante a pandemia.

Em nota denominada *Comunicado sobre aumento de prazos de atendimento*<sup>37</sup>, a Fenasaúde, que representa 15 grandes grupos de operadoras, afirmou considerar a medida “acertada, ainda que insuficiente, para que as operadoras de planos de saúde direcionem seus recursos financeiros, físicos e humanos para o enfrentamento da pandemia”. E acrescenta:

“É fundamental ter presente que a saúde suplementar é responsável por irrigar, com recursos financeiros, toda a cadeia de prestadores de saúde do país, assegurando seu melhor funcionamento. A continuidade desse fluxo de pagamentos é, portanto, crucial para que todo o sistema de saúde brasileiro continue funcionando a pleno vapor – e assim se mantenha ao longo de todo o período mais crítico do enfrentamento da Covid-19<sup>37</sup>.

Ou seja, as próprias operadoras afirmam que a medida da ANS visa poupar recursos financeiros do setor, sem a apresentação de qualquer planejamento ou estimativa do redirecionamento que mencionam.

As internações são a principal despesa assistencial dos planos de saúde<sup>38</sup>. De agosto a dezembro de 2018<sup>39</sup> foram realizadas 4,2 milhões de internações clínicas e cirúrgicas, em sua maioria eletivas, previamente agendadas. Durante a pandemia diminuirá parte deste volume rotineiro da produção dos planos de saúde, tanto de internações quanto de consultas e exames.

Diante da racionalização do fluxo assistencial haveria, portanto, aporte financeiro adicional às operadoras, pois deixariam de gastar recursos expressivos com os atendimentos reagendados ou realizados pela internet. Conseqüentemente, a postergação de prazos pela ANS não foi inspirada pela proteção aos clientes de planos mas, sim, por um afã de se valer de uma crise sanitária para romper com o regramento básico de garantias assistenciais.

Como a estrutura adicional para atenção aos atendimentos e procedimentos por coronavírus estará coberta por outras linhas de ajuda aos planos de saúde (os resgates facilitados ao Fundo Garantidor, por exemplo), espera-se que a economia de recursos financeiros, com os cancelamentos e postergações de coberturas assistenciais autorizadas pela ANS, possa traduzir-se em redução no valor das mensalidades dos planos de saúde.

### **Cancelamentos, rescisões de contratos e reajustes de mensalidades**

De acordo com a Lei n° 9656/98, o contrato de plano de saúde pode ser cancelado em função da inadimplência do consumidor, por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato. A notificação deve ser enviada pela operadora ao beneficiário até o 50° dia de atraso do pagamento da mensalidade.

Considerando as dificuldades que muitos indivíduos, famílias e empresas terão para manter em dia as mensalidades, no dia 19 de março a Câmara de Coordenação e Revisão Ordem Econômica e Consumidor do Ministério Público Federal, por meio Subprocurador-Geral da República, Luiz Augusto Santos Lima, notificou<sup>40</sup> a ANS

*“sobre os procedimentos que serão adotados pela Agência que garantam a continuidade da prestação de serviços aos segurados que, porventura, percam as condições de manter o pagamento de suas mensalidades em dia durante esse período de calamidade pública.”*

No dia 24 de março a ANS afirmou <sup>41</sup> que emitiria mera recomendação aos planos de saúde para que evitem a rescisão de contratos de beneficiários inadimplentes. Porém, até dia 31 de março, a ANS não havia definido regras nem editado resolução sobre o tema.

Além da inadimplência em contratos individuais, é previsível o atraso no pagamento dos planos coletivos, que representam 80% do mercado. Muitos empregadores, sobretudo de pequenas e médias empresas, com a produção, os serviços e o comércio paralisados, ficarão impossibilitados de custear ou manter em dia o pagamento total de planos de saúde para seus empregados.

Outra medida esperada, porém sem definição regulatória por parte da ANS, seria uma moratória de rescisões de contratos coletivos durante a pandemia. Hoje, nos planos coletivos, tanto empresariais como de adesão, as condições de rescisão devem estar previstas no próprio contrato. Mas geralmente a operadora pode decidir cancelar unilateralmente o contrato, desde que avise à empresa, associação ou coletivo contratante com pelo menos 60 dias de antecedência.

Ao adiar as punições por inadimplência e ao coibir rescisões e cancelamentos de contratos neste momento da pandemia – não necessariamente com perdão de dívidas, mas por meio de descontos e condições especiais de pagamento a prazo – a ANS evitaria a desassistência de inúmeros clientes de planos de saúde, evitando maior sobrecarga ao sistema público de saúde, já excessivamente demandado pela Covid-19.

Especialistas e consultores ligados ao setor de planos de saúde declararam <sup>42</sup> a necessidade de, nos próximos aniversários de contratos, eventualmente promover reajustes maiores de mensalidades, em virtude dos impactos da pandemia sobre as despesas dos planos de saúde. A ANS e as operadoras ainda não rechaçaram essa possibilidade.

A ANS já regula o teto para reajuste de planos individuais familiares. Este indicador leva em consideração o aumento dos custos dos anos anteriores. Dessa forma, os supostos impactos da pandemia sobre os planos de saúde deverão ser avaliados posteriormente.

Mesmo os próximos reajustes convencionais anuais previstos, tanto de planos individuais, regulados pela ANS, quanto de planos coletivos, deverão considerar que a crise sanitária afetará diretamente a capacidade de pagamento de famílias e, sobretudo, de empresas.

Recomenda-se, portanto, não só a diminuição nos percentuais de reajustes já previstos ao longo de 2020, mas também que as operadoras diminuam o valor das

mensalidades dos planos de saúde, considerando também os benefícios e aportes adicionais de recursos injetados no mercado suplementar pela ANS e por órgãos governamentais.

## Considerações finais

O Brasil está, em abril de 2020, diante de uma gravidade sanitária expressa na rápida evolução do número de infectados pelo novo coronavírus humano (Covid-19), com fluxo aumentado de pacientes aos serviços de saúde, com agravamento de muitos casos que demandam hospitalização e tratamento intensivo, além do crescente registro de óbitos.

O status de pandemia declarada pela Organização Mundial da Saúde, de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional<sup>43</sup> e de Estado de Calamidade Pública<sup>1</sup> decretado pela União e por diversos estados e municípios, levou à adoção de medidas de isolamento social para supressão ou mitigação da disseminação do vírus, à mobilização de recursos extraordinários e à organização de frentes de trabalho com participação de gestores públicos e serviços do Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo.

Nota-se, com grande preocupação, a ausência das empresas de planos e seguros de saúde na formulação e execução de respostas articuladas de enfrentamento da pandemia no âmbito das estruturas públicas do sistema de saúde no Brasil.

Componente relevante do sistema de saúde, o setor suplementar, que movimentou mais de R\$ 213 bilhões em 2019, é duplamente concentrado: cerca de 14 empresas, entre 916 em atividade, possuem 40% dos clientes, e 70% dos usuários estão na Região Sudeste. Além disso, o setor possui intensas relações com profissionais de saúde, hospitais privados, laboratórios e com o complexo econômico-industrial produtor de equipamentos, medicamentos e insumos. A liderança de poucos grandes grupos e a concentração territorial de seus recursos assistenciais são características que estimulariam aproximações aos esforços públicos.

A indiferença à crise sanitária é no mínimo paradoxal. O segmento de saúde suplementar depende precipuamente de contratos coletivos, pois cerca de 80% dos planos de saúde são empresariais (financiados por empregadores com ou sem participação dos empregados no financiamento), ou na modalidade de adesão por meio de associações, entidades e sindicatos. O aprofundamento da recessão e as perspectivas de piora dos indicadores de desemprego e renda deveriam servir como incentivos ao engajamento ativo das empresas de planos de saúde a projetos de melhoria das condições de vida e saúde da população.

Ao longo do tempo as empresas de planos de saúde estabeleceram vínculos com parlamentares e autoridades do Executivo e do Judiciário. A participação no financiamento de campanhas eleitorais, a indicação de nomes para ocupação de cargos estratégicos na ANS e a ampliação de mecanismos que destinam e preservam recursos públicos para seus negócios, expressam a força dessas conexões. Contudo, as sólidas pontes construídas para permitir políticas favoráveis à expansão do mercado, não foram acionadas em prol da formulação de um plano nacional único de enfrentamento do coronavírus.

A pandemia até agora não foi capaz de alterar a natureza e as práticas dos planos de saúde; ao contrário, expôs sua natureza de indiferença aos problemas sociais e uso oportunista de uma tragédia para fazer avançar agendas particulares pretéritas do setor.

As medidas emitidas pela ANS e outros órgãos governamentais dirigidas aos planos e seguros de saúde têm escopo e escala diferenciadas. O traço comum que as interliga é o aporte adicional de recursos financeiros e a flexibilização de regras de atendimento e cobertura. Em conjunto, permitem maior acesso das empresas da saúde a investimentos, créditos e empréstimos e autorizam a restrição da demanda assistencial rotineira.

São medidas em geral pouco claras, isoladas e desconectadas dos esforços empreendidos pelo SUS. Tratam-se de normas por vezes dúbias, não concatenadas com o interesse público, e que explicitam posicionamentos da agência reguladora e do mercado de planos de saúde incompatíveis com a emergência sanitária e com a necessidade imediata de aumentar exponencialmente a assistência em saúde organizada pela hierarquização de serviços e pela gravidade de casos.

A aprovação de pleitos antigos de empresários do setor, como suspensão de prazos de atendimento e uso de recursos do Fundo Garantidor, em nome da pandemia, sugere mais um aproveitamento da crise sanitária do que preocupações solidárias com a população.

Há sinais bem nítidos de que excepcionalidades agora exigidas e ampliadas sempre existiram e culminaram por acirrar a fragmentação da assistência, a estratificação do acesso e a segregação no uso dos serviços de saúde no Brasil.

São abundantes as evidências de que o aporte de recursos públicos ao setor privado da saúde não resultou na universalização do sistema de saúde e na melhoria da capacidade do SUS para responder às necessidades da população. Em meio à pandemia do coronavírus, os sinais emitidos até agora sugerem que esses traços históricos estão sendo redesenhados e comprometem o futuro do sistema público de saúde no Brasil.

Existe uma cesta repleta de benefícios às operadoras de planos de saúde: subsídios públicos, renúncias fiscais e desonerações, inclusive para empresas, prestadores e

clientes; empréstimos de bancos públicos; permissão de não ressarcimento devido ao SUS, embora previsto em lei; isenção de responsabilidades relativas aos atendimentos de maior custo e maior complexidade. Esses auxílios públicos diretos e indiretos não geraram nem mesmo alterações positivas intrínsecas ao setor, aspecto mensurável em função da crescente judicialização de reclamações de usuários, restrições de coberturas, reajustes abusivos de mensalidades, dificuldades no atendimento e demoras devido a rede insuficiente ou de má qualidade, conflitos com médicos e prestadores, e barreiras de acesso para idosos e doentes crônicos.

A destinação ascendente de recursos públicos e a diminuição de juros em empréstimos tomados pelo setor hospitalar privado e filantrópico da saúde foram seguidas pela diminuição dos leitos disponíveis para o SUS, o que no mínimo deveria interrogar a eficiência do financiamento público. As subvenções públicas tampouco imprimiram uma marca de qualidade nos serviços assistenciais privados. O hospital que pegou fogo no Rio de Janeiro em 2019, causando a morte de pacientes internados no CTI, recebeu, em 2018, empréstimos de empresa pública, para expandir seus leitos, inclusive de terapia intensiva.

Tantas evidências não foram consideradas, mesmo em tempos de pandemia e premência das necessidades coletivas, nas decisões políticas atuais de alocação de recursos públicos ao setor privado. O volume de recursos novos postos à disposição de empresas da saúde já é superior ao orçamento extraordinário que foi destinado ao Ministério da Saúde desde a chegada do Covid-19 ao Brasil (foram R\$ 11,8 bilhões, sendo R\$ 5 bilhões <sup>44</sup> remanejados das emendas parlamentares e o restante provenientes do DPVAT<sup>45</sup>). Com isso, mantém-se o padrão de financiamento que gera segregação assistencial.

Nas próximas semanas e meses, a esperada maior demanda por internações hospitalares e leitos de terapia intensiva poderá tornar caótico e dramático o cenário da assistência, principalmente hospitalar, caso não sejam rompidas barreiras entre os setores público e privado. Recursos adicionais devem ser eficientemente aplicados e, para tanto, é imprescindível ampliar a escala de resposta à pandemia. Os gargalos referentes à precariedade da qualidade e segurança da assistência e ao acesso aos leitos precisam ser equacionados.

Desde o início da pandemia, agentes privados comportaram-se de forma questionável, houve denúncias de notificação tardia de casos confirmados, demora no registro de óbitos, restrição dos testes de diagnóstico, realização de experimentos à parte com uso de *cloroquina* em pacientes com coronavírus, chegando a atribuir publicamente à droga em teste, efeitos ainda não comprovados. Apesar de isoladas, são

atitudes que sinalizam o descompromisso do setor em relação aos esforços coletivos do SUS e das autoridades sanitárias.

Exemplos não faltam, no mundo, de subordinação do setor privado da saúde às políticas públicas, enquanto durar a pandemia do coronavírus. O governo espanhol, por exemplo, estatizou provisória e excepcionalmente todos os hospitais privados<sup>46</sup>, enquanto na Irlanda hospitais particulares foram abertos para atender o público em geral. Em coletiva de imprensa para anunciar a medida, o ministro da Saúde irlandês, Simon Harris, disse que “na resposta à crise do Covid-19 não pode haver espaço para público versus privado<sup>47</sup>”.

No Brasil, portanto, urge regulamentação nacional, com participação de Ministério da Saúde, ANS, secretarias estaduais e municipais de saúde, que determine, em caráter excepcional, uma “fila única” ou “estoque único” de leitos de internação e de UTI, para atendimento de casos graves de coronavírus, independentemente de os pacientes serem usuários da rede pública ou privada.

Concretamente, propõe-se um Sistema Nacional de Vagas para Casos Graves de Coronavírus. Tal sistema emergencial poderia funcionar nos moldes do Sistema Nacional de Transplantes, cabendo ao Ministério da Saúde a normatização e regulamentação da fila única, mediante articulação com órgãos estaduais, municipais e prestadores de serviços, cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a organização das Centrais Estaduais Únicas de Vagas. Haveria, assim, um cadastro único de pacientes, ordenado por gravidade de casos que necessitem atenção hospitalar, gerenciado por central reguladora estadual com informações sobre todos os leitos capazes de absorver a demanda.

O que se propõe é que o poder público possa contar com mais leitos disponíveis, sejam eles privados ou públicos, otimizando assim sua utilização por todos os pacientes que deles necessitem.

A legalidade da fila única excepcional e provisória, enquanto perdura a pandemia, está prevista em legislação já existente e em medidas legais recentes, nacionais e subnacionais.

A possibilidade de gestão pública dos leitos privados, independentemente da sua contratação prévia, está assegurada pelo artigo 5º, inciso XXV da Constituição: “no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano”.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990)<sup>48</sup>, por sua vez, regula a aplicação desse instituto à área da saúde em seu artigo 15, inciso XIII: “para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo

iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização”. Em ambos os dispositivos, há menção expressa a situações de “iminente perigo público”. Trata-se, justamente, do caso da atual pandemia.

A preservação da vida de todos é atribuição pública e, por isso, a fila única pública deveria ser priorizada frente omissões e demandas oportunistas, desarticuladas e discriminatórias da rede privada.

A pandemia do coronavírus no Brasil nos ensina que é hora de somar recursos e esperanças e que a vida de cada um é tão importante e insubstituível quanto a vida de todos os outros.

---

### **GEPS**

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde –  
Departamento de Medicina Preventiva –  
Faculdade de Medicina da Universidade  
de São Paulo (USP)

**Coordenador:** Prof. Mário Scheffer

### **GPDES**

Grupo de Pesquisa e Documentação sobre  
Empresariamento na Saúde – Instituto de Estudos  
em Saúde Coletiva da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro (UFRJ)

**Coordenadora:** Profa. Ligia Bahia

---

Contribuíram com a elaboração desta Nota, os pesquisadores: Caio Henrique Sampaio Fernandes, Joana Cruz, Juliana Kozan, Leon Faria de Lima, Lucas Andrietta, Marina de Almeida Magalhães e Rafael Robba.

---

Tabela 1

### Leitos de Terapia Intensiva SUS e Não SUS por 10.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2020

UF	Leitos		Leitos por 10.000 hab.			População
	Total	SUS	Total	SUS	% SUS	
<b>Região Norte</b>	<b>3.768</b>	<b>2.605</b>	<b>2,03</b>	<b>1,40</b>	<b>69,1</b>	<b>18.583.035</b>
Rondônia	446	287	2,40	1,54	64,3	1.857.992
Acre	194	133	2,24	1,53	68,6	866.811
Amazonas	919	691	2,17	1,63	75,2	4.240.210
Roraima	100	87	1,83	1,59	87,0	546.891
Pará	1.574	1.081	1,82	1,25	68,7	8.628.901
Amapá	170	91	2,02	1,08	53,5	842.914
Tocantins	365	235	2,28	1,47	64,4	1.599.316
<b>Região Nordeste</b>	<b>12.239</b>	<b>7.575</b>	<b>2,10</b>	<b>1,30</b>	<b>61,9</b>	<b>58.174.912</b>
Maranhão	1.240	784	1,74	1,10	63,2	7.121.156
Piauí	590	392	1,82	1,21	66,4	3.233.891
Ceará	1.944	1.243	2,12	1,35	63,9	9.178.363
Rio Grande do Norte	774	473	2,15	1,31	61,1	3.598.288
Paraíba	948	671	2,31	1,64	70,8	4.097.859
Pernambuco	2.472	1.404	2,56	1,45	56,8	9.650.604
Alagoas	723	488	2,11	1,43	67,5	3.419.689
Sergipe	503	348	2,14	1,48	69,2	2.352.207
Bahia	3.045	1.772	1,96	1,14	58,2	15.522.855
<b>Região Sudeste</b>	<b>29.901</b>	<b>14.076</b>	<b>3,37</b>	<b>1,59</b>	<b>47,1</b>	<b>88.601.482</b>
Minas Gerais	5.333	3.478	2,49	1,62	65,2	21.451.356
Espírito Santo	1.391	641	3,36	1,55	46,1	4.138.657
Rio de Janeiro	7.424	2.612	4,38	1,54	35,2	16.946.541
São Paulo	15.753	7.345	3,42	1,59	46,6	46.064.928
<b>Região Sul</b>	<b>8.437</b>	<b>5.518</b>	<b>2,79</b>	<b>1,83</b>	<b>65,4</b>	<b>30.221.606</b>
Paraná	3.603	2.303	3,12	2,00	63,9	11.538.518
Santa Catarina	1.582	1.027	2,18	1,41	64,9	7.266.193
Rio Grande do Sul	3.252	2.188	2,85	1,92	67,3	11.416.895
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>5.350</b>	<b>2.242</b>	<b>3,24</b>	<b>1,36</b>	<b>41,9</b>	<b>16.496.340</b>
Mato Grosso do Sul	668	403	2,39	1,44	60,3	2.800.704
Mato Grosso	1.148	487	3,32	1,41	42,4	3.455.092
Goiás	1.866	969	2,66	1,38	51,9	7.017.496
Distrito Federal	1.668	383	5,18	1,19	23,0	3.223.048
<b>TOTAL</b>	<b>59.695</b>	<b>32.016</b>	<b>2,81</b>	<b>1,51</b>	<b>53,6</b>	<b>212.077.375</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – 2020

Tabela 2  
**Leitos de internação – Brasil, 2016 a 2018**

REGIÃO	2016		2018		2018-2016		Var % SUS 2016-2018
	Total	SUS	Total	SUS	SUS	Não SUS	
Norte	31.545	24.342	31.591	24.556	214	-168	-0,88
Nordeste	114.733	93.815	114.105	92.451	-1.364	736	1,45
Sudeste	181.220	113.984	176.947	108.283	-5.701	1.428	5
Sul	73.706	51.514	73.193	51.101	-413	-100	0,8
Centro-Oeste	36.745	24.150	36.952	23.889	-261	468	1,08
<b>TOTAL</b>	<b>437.949</b>	<b>307.805</b>	<b>432.788</b>	<b>300.280</b>	<b>-7.525</b>	<b>2.364</b>	<b>2,44</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES – 2020

## Referências

- 1 Senado Federal. Decreto Legislativo Nº 6, de 2020. *Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020.* <https://legis.senado.leg.br/norma/31993957/publicacao/31994188>
- 2 Ministério da Saúde. DATASUS. TabNet. Acesso em 27/03/2020. <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
- 3 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico ou Económico (OCDE). Health Statistics 2019. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- 4 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2018. [http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa\\_Assistencial\\_2018.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_Assistencial_2018.pdf)
- 5 O Globo. 19/03/2020. *Coronavírus: ANS deverá liberar 10 bilhões para os planos de saúde.* <https://oglobo.globo.com/economia/coronavirus-ans-devera-liberar-10-bilhoes-para-os-planos-de-saude-24316288>
- 6 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 20/03/2020. *Diretoria Colegiada da ANS debate ações sobre o Coronavírus* <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5437-diretoria-colegiada-da-ans-debate-acoes-sobre-o-coronaviurs>
- 7 Valor Econômico. 03/07/2019. *A ajuda que a Unimed quer do ministro ex-Unimed.* <https://valor.globo.com/brasil/coluna/a-ajuda-que-a-unimed-quer-do-ministro-ex-unimed.ghtml>
- 8 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa–RN Nº 191, de 8 de março de 2009. *Institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde. Revogada pela RN Nº 430/2017*
- 9 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa –RN, Nº 392, de 9 de dezembro de 2015. *Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências. (Redação nova dada pela RN nº 419/ 2016)*
- 10 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Instrução Normativa – IN Nº 54, de 10 de abril de 2017, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras. *Estabelece hipótese de autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários, conforme previsto no art. 13 da Resolução Normativa – RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências.*
- 11 Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Plano de Ação Emergencial Covid 19. Primeiras medidas. <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/imprensa/noticias/conteudo/bndes-lanca-primeiras-medidas-para-reforcar-caixa-de-empresas-e-apoiar-trabalhadores-que-enfrentam-efeitos-do-coronavirus/>
- 12 Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). *Empréstimo emergencial para aumento da oferta de leitos emergenciais, equipamentos, materiais, insumos, peças, componentes e produtos*

- críticos para saúde, para atender necessidades de assistência às vítimas da pandemia de coronavírus.* <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/financiamento/produto/programa-apoio-emergencial-coronavirus/>
- 13 Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Consulta a Operações do BNDES. Amil Saúde e Amil Participações. <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/transparencia/consulta-operacoes-bndes>
  - 14 Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Relatório de efetividade 2017: efetividade para um novo ciclo de crescimento econômico. <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/15145>
  - 15 Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Relatório de efetividade 2018. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/19060>
  - 16 Caixa Notícias. 23/03/2020. *Coronavirus: Caixa anuncia novas medidas de estímulo à economia brasileira.* <https://caixanoticias.caixa.gov.br/noticia/20637/coronavirus-caixa-anuncia-novas-medidas-de-estimulo-a-economia-brasileira>
  - 17 Presidência da República. 27/03/2020. *Pronunciamento do Exmo. Presidente da República Jair Bolsonaro no Palácio do Planalto.* 27 de março de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=SzxkJurPfKE>
  - 18 Silva, MRB. *História da assistência hospitalar em São Paulo: a subvenção do Estado às misericórdias paulistas.* Hist. cienc. saude-Manguinhos, v.26, supl.1:79-108, 2019
  - 19 Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) . *Leitos de Internação segundo Natureza e Natureza Jurídica (outubro de 2005 e janeiro de 2020.* Acesso em 27/03/2020. <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
  - 20 Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 929, de 10 DE maio de 2012. *Institui o Incentivo Financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS).*
  - 21 Ministério da Economia. Receita Federal. Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013. *Institui, entre outras medidas, o Prosus (Programa de fortalecimento das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área de saúde)*
  - 22 Zanatta, CL. *Dupla porta na saúde: o atendimento a planos de saúde privados em hospitais de ensino públicos e filantrópicos do estado de São Paulo.* Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências, 2019.
  - 23 Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB). Socorro Urgente. <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/2004-socorro-urgente>
  - 24 Congresso Nacional. Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018. *Recursos do FGTS para crédito a hospitais filantrópicos*
  - 25 Congresso Nacional. Medida Provisória nº 859, de 27 de novembro de 2018. *Recursos do FGTS para crédito a hospitais filantrópicos*

- 26 Câmara dos Deputados. Agência Câmara de Notícias. 06/02/2019. *Frente parlamentar quer juros baixos para Santas Casas endividadas*. <https://www.camara.leg.br/noticias/551444-frente-parlamentar-quer-juros-baixos-para-santas-casas-endividadas/>
- 27 BahiaPress. 19/03/2020. *Coronavírus: Antonio Brito articula junto a Caixa nova linha de crédito para Santas Casas*. <http://www.bahiapress.com.br/2020/03/19/coronavirus-antonio-brito-articula-junto-a-caixa-nova-linha-de-credito-para-as-santas-casas/>
- 28 Folha de S. Paulo. 11/03/2020. *Ministério da Saúde alerta hospitais sobre pico do coronavírus* <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/casos-de-coronavirus-devem-comecar-a-crescer-exponencialmente-no-brasil.shtml>
- 29 O Estado de S. Paulo. 24/03/2020. *Prefeitura, Ambev, Gerdau e Einstein vão construir centro de tratamento para coronavírus em 40 dias*. 24 de março de 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,prefeitura-ambev-gerdau-e-einstein-va-construir-centro-de-tratamento-para-coronavirus-em-40-dias,70003246508>
- 30 O Globo. 25/03/2020. *Einstein construirá hospital de campanha para atendimento de coronavírus em SP*. 25 de março de 2020. <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/einstein-construira-hospital-de-campanha-para-atendimento-de-coronavirus-em-sp-24326048>
- 31 Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Site de Divulgação. Hospitais do Proadi. <https://hospitais.proadi-sus.org.br/sobre-o-programa>
- 32 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 25/03/2020. *ANS adota medidas para que operadoras priorizem combate à Covid-19*. <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5448-ans-ado-ta-medidas-para-que-operadoras-priorizem-combate-a-covid-19>
- 33 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa–RN, Nº 259, de 17 de junho de 2011. *Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO*.
- 34 Gaspari, E. Folha de S. Paulo. 14/07/2009 *Os planos de saúde votam a atacar*. <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2019/07/os-planos-de-saude-voltam-a-atacar.shtml>
- 35 Bahia, L ; Lazzarini, M; Scheffer, M. *Novo golpe dos planos de saúde: querem cobrar e não atender. Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde - Julho de 2019*. 52 pags. [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/08/Analise\\_PL\\_Planos.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/08/Analise_PL_Planos.pdf)
- 36 Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). 26/03/2020. *Comunicado sobre aumento de prazos de atendimento*. <http://www.fenasaude.org.br/noticias/comunicado-sobre-aumento-de-prazos-de-atendimento.html>
- 37 Presidência da República. Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. (art. 35-C, I e II.). *Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*.
- 38 Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). *Variação de Custos Médico-Hospitalares*. <https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH.pdf>

- 39 Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS). Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. 2018. [http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa\\_Assistencial\\_2018.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_Assistencial_2018.pdf)
- 40 Ministério Público Federal. 19/03/2020. Covid-19: MPF solicita à ANS informações sobre cobertura de planos de saúde em caso de inadimplência. [http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/3CCR\\_OficioANS.pdf](http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/3CCR_OficioANS.pdf)
- 41 Portal UOL. 24/03/2020. ANS pede que planos de saúde continuem a atender quem atrasar pagamentos. <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/03/24/planos-de-saude-coronavirus-mpf-prazo-inadimplencia.htm>
- 42 O Globo. 17/03/2020. Com coronavírus, reajuste de planos de saúde pode ser maior, dizem especialistas <https://oglobo.globo.com/economia/com-coronavirus-reajuste-de-planos-de-saude-pode-ser-maior-dizem-especialistas-1-24308858>
- 42 Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020. “Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)” <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
- 43 Congresso Nacional. Medida Provisória 924/2020, 13 de março de 2020. *Crédito Extraordinário - Enfrentamento do Coronavírus*
- 44 Presidência da República. Mensagem Presidencial Nº 93/2020, *Solicita ao Congresso Nacional o reconhecimento de estado de calamidade pública com efeitos até de 31 de dezembro de 2020, em decorrência da pandemia da COVID-19*. DOU de 18/03/2020 (nº 53-A, Seção 1, pág. 1)
- 46 Gobierno de España. Boletín Oficial del Estado. 15/03/2020 *Medidas de Refuerzo del Sistema Nacional de Salud*. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/15/>
- 47 The Journal. 24/03/2020 Private hospitals will be made public for duration of coronavirus pandemic <https://www.thejournal.ie/private-hospitals-ireland-coronavirus-5056334-Mar2020/>
- 48 Presidência da República. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)