

idp

idp

MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**TOMADA DE DECISÃO EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPLEMENTAR, UM OLHAR SOBRE O PLANO DE SAÚDE
GDF SAÚDE**

BRUNO CAETANO PINTO

Brasília-DF, 2025

BRUNO CAETANO PINTO

**TOMADA DE DECISÃO EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPLEMENTAR, UM OLHAR SOBRE O PLANO DE
SAÚDE GDF SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador

Professor Doutor Alexander Cambraia Nascimento Vaz

Brasília-DF 2025

BRUNO CAETANO PINTO

**TOMADA DE DECISÃO EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPLEMENTAR, UM OLHAR SOBRE O PLANO DE
SAÚDE GDF SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 03 / 07 / 2025

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alexander Cambraia Nascimento Vaz - Orientador

Profa. Dra. Ana Carolina Ferreira de Siqueira

Profa. Dra. Paula Salomão Martins

Código de catalogação na publicação – CIP

<p>P659t Pinto, Bruno Caetano Tomada de decisão em assistência à saúde suplementar, um olhar sobre o plano de saúde GDF Saúde / Bruno Caetano Pinto. — Brasília: Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, 2025. 80 f. : il.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Alexander Cambraia Nascimento Vaz</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) — Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, 2025.</p> <p>1. Assistência à saúde suplementar. 2. Plano de saúde. 3. Alocação de recursos. 4. Administração Pública - Brasil. I. Título</p> <p>CDD 351.81</p>

Elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves

RESUMO

Pinto, Bruno Caetano. Tomada de decisão em Assistência à Saúde Suplementar, um olhar sobre o Plano de Saúde GDF SAÚDE. 2025. 80 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) - Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP), Brasília, 2025.

Este estudo se propõe a analisar quais fatores foram decisivos para motivar a decisão do Governo do Distrito Federal em disponibilizar Assistência à Saúde Suplementar para seus servidores. Principalmente, em relação à definição das fontes de receitas, aplicadas ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal (INAS), responsável por gerir o plano de autogestão – GDF SAÚDE. Com referencial teórico que buscou entender os desafios impostos aos tomadores de decisão quanto ao tema de saúde e planos de saúde. O estudo de caso foi realizado por meio de documentação referente ao Instituto, ao orçamento público e demais, por meio de fontes oficiais. Percebeu-se assim, que a contribuição de responsabilidade do GDF não promovia alocação eficiente de recursos, por gerar cenários incertos para o Plano. Exigindo assim, recursos adicionais do GDF, a fim de garantir que o INAS honre suas despesas. Foram atualizados os valores de contribuição do GDF e dos beneficiários a fim de equacionar as contas. Foi constatado que não teve estudo amparado em dados concretos e previsões das adesões ao Plano. As tomadas de decisão se basearam no que estava sendo praticado em outros entes.

Palavras chave: Palavras-chave: GDF SAÚDE; Plano de Saúde de Autogestão; Tomada de Decisão em Saúde; Assistência à Saúde Suplementar.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Comparativo Leis Estaduais de Assistência à Saúde Suplementar

..... **63**

Quadro 2

Comparativo entre Plano de Autogestão ou Reembolso ao Servidor

..... **64**

Quadro 3

Comparativo entre valores de contribuição do servidor

..... **67**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1

Projeção de Despesas (em R\$)

.....51

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11

1.1 CONTEXTO DO GDF SAÚDE 14

1.2 METODOLOGIA 16

2. CONTEXTOS BUROCRÁTICOS, ECONÔMICOS, POLÍTICO-INSTITUCIONAIS, E SEUS ARRANJOS QUE INFLUENCIAM NA TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE. 21

2.1 CONTEXTOS PARA TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS.....21

2.2 ATORES E ARRANJOS: UM CENÁRIO MULTIFACETADO22

2.3 INFLUÊNCIAS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS: O PESO DA POLÍTICA..... 24

2.4 FATOR ECONÔMICO: RECURSOS ESCASSOS E DEMANDAS CRESCENTES 25

2.5 DEMAIS FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO26

2.6 GOVERNANÇA: EM BUSCA DE TRANSPARÊNCIA E ACCOUNTABILITY 27

2.7 CONSIDERAÇÕES.....28

3. PROCEDIMENTOS DECISÓRIOS NO ÂMBITO DO PODER PÚBLICO: SISTEMA PÚBLICO E PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE PARA OS SERVIDORES 31

3.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE31

3.2 INTEGRAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO:.....35

3.3 CONTRADIÇÃO NO FINANCIAMENTO PÚBLICO E O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE 36

3.4 GOVERNANÇA E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DOS PLANOS.....38

3.5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR: ENTRE REEMBOLSO E PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO..... 40

3.6 MODELOS DE PLANOS DE AUTOGESTÃO EM OUTROS ENTES FEDERADOS 42

3.6.1 LEI Nº 14.081, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2002 - INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE GOIÁS – IPASGO 43

3.6.2 LEI Nº 1.424, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2003 - INSTITUI O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE TOCANTINS 44

SUMÁRIO

3.6.3 LEI Nº 9528, DE 22 DE JUNHO DE 2005 - SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DA BAHIA.....	45
3.7 CONSIDERAÇÕES.....	46

4. ESTUDO DO CASO: DOCUMENTOS QUE EMBASARAM OS GESTORES DO GDF PARA A TOMADA DE DECISÃO QUANTO À IMPLANTAÇÃO DO GDF SAÚDE, SOB GESTÃO DO INAS..... 49

4.1 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DO GESTOR PARA A EDIÇÃO DA LEI DE CRIAÇÃO DO INSTITUTO.....	49
4.2 ACHADOS: DESDE O PERÍODO DE PUBLICAÇÃO DA LEI, PASSANDO PELA IMPLANTAÇÃO DE FATO, ATÉ OS TEMPOS ATUAIS	52
4.2.1 PRIMEIRA REGULAMENTAÇÃO E REGIMENTO INTERNO DO INAS.....	53
4.2.2 “LIMBO” ENTRE A LEGISLAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO	54
4.2.3 INÍCIO DAS ATIVIDADES FINALÍSTICAS DO INAS.....	55
4.2.4 CORREÇÃO DAS FALHAS QUANTO ÀS FORMAS E PERCENTUAIS DE ARRECADAÇÃO	56

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO GERAL DOS RESULTADOS..... 60

5.1 EMBASAMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO DO GDF	61
5.2 RELEVÂNCIA DOS DEMAIS ENTES DA FEDERAÇÃO, QUE UTILIZAM A AUTOGESTÃO, NA DECISÃO.....	62
5.2.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR NO ESTADO DA BAHIA, TOCANTINS E GOIÁS.....	62
5.2.2 ESCOLHA ENTRE AUTOGESTÃO E REEMBOLSO	63
5.3 READEQUAÇÕES NAS BASES DE CÁLCULO APÓS A CRIAÇÃO DO INAS.....	66

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 69

REFERÊNCIAS.....	73
------------------	----



1

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa busca examinar os elementos que influenciaram de forma determinante a escolha do Governo do Distrito Federal - GDF em oferecer aos seus servidores acesso à Assistência à Saúde Suplementar. A ênfase recai, sobretudo, na identificação das fontes de financiamento destinadas ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal (INAS), entidade encarregada da administração do plano de autogestão conhecido como GDF SAÚDE.

O Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal (INAS) foi criado pela Lei Distrital nº 3.831, de 14 de março de 2006, sob a forma de Autarquia em Regime Especial, vinculada à atual Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Administração. A entidade foi instituída com o intuito de implementar e gerir o plano de Assistência Suplementar à Saúde do servidor do GDF, denominado, pela própria lei, GDF SAÚDE.

Os beneficiários do plano são os servidores públicos do Governo do Distrito Federal (GDF). Sua adesão é facultativa e permite a inclusão de dependentes; em outras palavras, o servidor público distrital que aderir ao plano passa a ser beneficiário titular, e seus familiares em primeiro grau podem ser incluídos como beneficiários dependentes.

O GDF SAÚDE conta hoje com aproximadamente 100 mil beneficiários, sendo em torno de 60 mil servidores e 40 mil dependentes. O número de assistidos pelo plano vem tendo um crescimento médio, com base nos últimos três anos, de 30 mil vidas por ano.

Em que pese a lei de criação do INAS ter sido publicada em 2006, apenas em 2020 iniciaram as atividades finalísticas do Instituto. O início das adesões ao GDF SAÚDE ocorreu em dezembro de 2020 e seus benefícios assistenciais entraram em vigor em janeiro do ano seguinte, observando a legislação de 2006.

É válido repisar que a atuação do Estado, seja em prestação de serviços públicos, regulação, ou empreendimentos no próprio mercado empresarial, tem a finalidade precípua de dirimir as falhas de mercado.

Nesse contexto, parte-se da premissa que o GDF, ao decidir oferecer um plano de assistência suplementar à saúde a um segmento específico da sociedade, pretendeu, em tese, utilizar recursos públicos com o intuito primário de promover a sua alocação eficiente, bem como aumentar o bem-estar social.

Segundo apontam estudos promovidos pela ANS, conforme demonstrado por (Sá,2018), uma maior cobertura populacional pela Saúde Suplementar, de acordo com a argumentação, aliviará os gastos do governo com o SUS e ajudará a “construir a universalização que está prevista na Constituição”.

A história dos planos de saúde no Brasil remonta à década de 1940, quando surgiram as primeiras iniciativas, impulsionadas por empresas que buscavam atrair e reter talentos em um contexto de crescimento industrial, buscando uma diferenciação de mercado para seus empregados.

A partir da década de 1980, o mercado vivenciou uma fase de expansão impulsionada por dois fatores: o crescimento da classe média e a busca por alternativas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ainda se encontrava em processo de consolidação.

Nas décadas de 1990 e 2000, o mercado se consolidou, com a entrada de grandes empresas e a diversificação dos produtos e serviços. A competitividade se intensificou, impulsionando a busca por diferenciais e inovações.

Atualmente, o mercado de planos de saúde no Brasil se configura como um dos maiores do mundo, com mais de 51 milhões de beneficiários, quase 25% da população, conforme estudos publicados pela ANS.

O setor de saúde suplementar no Brasil tem experimentado um crescimento expressivo nos últimos anos. As receitas provenientes dos planos de saúde apresentaram um aumento significativo, representando uma parcela cada vez maior do Produto Interno Bruto. Essa expansão pode ser atribuída a diversos fatores, como o aumento da renda da população e a busca por serviços de saúde de maior qualidade.

Dentre algumas opções que poderiam ser viáveis para serem ofertados aos servidores, tem o plano coletivo empresarial, que são

contratados diretamente pelas empresas para oferecer aos seus funcionários. A negociação em grupo geralmente resulta em melhores condições e preços, além de benefícios fiscais para a empresa. Outra vantagem é a possibilidade de escolher entre planos com ou sem coparticipação, onde o beneficiário arca com uma parte dos custos dos procedimentos.

Já o plano individual e familiar, a contratação é feita diretamente pela pessoa física ou por um grupo familiar. A principal vantagem é a flexibilidade na escolha da cobertura e da rede credenciada, permitindo que o beneficiário personalize o plano de acordo com suas necessidades. No entanto, o custo costuma ser mais elevado em comparação aos planos coletivos, devido à ausência de negociação em grupo.

E por último, tem o plano coletivo por adesão, que é oferecido por entidades de classe, como sindicatos e associações, esses planos permitem a adesão individual de seus membros. Tendo como vantagem a possibilidade de obter condições mais vantajosas em relação aos planos individuais, graças ao poder de negociação da entidade.

Os preços de planos de saúde individuais, cobrados dos beneficiários nos planos privados, regulados diretamente pela ANS, o que não se aplica ao planos de autogestão, devem seguir resolução específica, que institui dez faixas etárias a serem observadas pelas operadoras e estabelece que: (i) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária; (ii) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas; e (iii) as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

Como definição do termo Autogestão, apurou-se o seguinte, conforme retirado do mesmo *site* do INAS:

A autogestão é uma modalidade de plano de saúde na qual a própria organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários, configurando-se como forma de organização social fundada nos princípios de solidariedade, cooperação, apoio mútuo, autonomia e auto-organização.

Esta dissertação está dividida em 6 (seis) tópicos. No primeiro deles, apresenta-se o assunto em questão por meio da introdução, juntamente com o contexto a ser analisado, incluindo as partes de justificativa e pergunta de pesquisa, seus objetivos gerais e específicos, além da metodologia que serviu de base para a pesquisa.

Na sequência, nos tópicos 2 (dois) e 3 (três), constam as revisões bibliográficas quanto aos aspectos relacionados à tomada de decisão, ligados ao processo decisório - atores, mecanismos, influências e arranjos institucionais, e a relação entre o sistema público de saúde e privado, bem como as formas de oferta de planos privados pelo Estado para seus servidores.

O quarto tópico, busca apresentar o estudo de caso do GDF SAÚDE, trazendo recortes da documentação levantada e iniciando a abordagem para o tópico 5 (cinco), que traz a apresentação dos resultados e discussão do estudo de caso. Por fim, na conclusão geral, são resumidas as considerações, apresentados os limitadores para o estudo e as propostas para continuidade de estudos futuros.

1.1 CONTEXTO DO GDF SAÚDE

No contexto de verificação do Plano, o ponto de destaque está relacionado às formas de arrecadação atribuídas por lei para a gestão do INAS. No que concerne às receitas do INAS, a Lei nº 3.831/2006 estabeleceu, em rol taxativo, as fontes de recursos que podem ser arrecadados pelo instituto, dentre elas, daremos destaque às duas principais: i) a contribuição dos beneficiários, e ii) a contribuição mensal de responsabilidade do GDF. Ressalte-se, ainda, que a lei também estabeleceu a base de cálculo dessas duas fontes de receitas.

A base de cálculo estabelecida pela Lei nº 3.831/2006 para o aporte mensal de responsabilidade do GDF, fixada em 1,5% sobre o valor mensal total da folha de pagamento dos servidores, tem gerado ao INAS cenários de incertezas do ponto de vista fiscal.

Há de se destacar que a legislação, ao estabelecer base de cálculo objetiva e precisa ao aporte mensal a cargo do GDF, tornou essa contribuição fixa, em termos de valores nominais, independentemente do número de beneficiários que viriam a aderir ao GDF SAÚDE. Em outras palavras, se o plano contasse, em hipóteses extremas, com apenas 1 beneficiário, ou com 100% da totalidade possível (todos os

servidores públicos do GDF), o valor total do subsídio de responsabilidade do governo local seria o mesmo, de R\$ 273,6 milhões, conforme a LOA/2023.

Percebe-se que a contribuição de responsabilidade do GDF não promove alocação eficiente de recursos, por gerar cenários deficitários ao Plano. Exigindo assim, recursos adicionais do GDF, a fim de garantir que o INAS honre suas despesas.

No que tange à base de cálculo da contribuição a cargo dos beneficiários, qual seja, de 4% para o beneficiário titular e de 1% para cada dependente, calculado sobre a sua remuneração bruta, é, em regra, consideravelmente menor que aquele praticado pelo mercado. Acredita-se que o baixo valor cobrado do servidor público titular para a cobertura do seu plano e de seus dependentes gerou o aumento de 640% constatado nas adesões, de janeiro de 2021 e julho de 2023, por exemplo.

Em relação a isso, a Lei nº 3.831/2006 não considerou parâmetros de mercado (faixa etária, modalidades de cobertura, custos por utilização, inflação, entre outros), tradicionalmente utilizados pelas empresas ofertantes de planos de saúde, tanto para o estabelecimento das contribuições iniciais, como de suas atualizações ao longo dos anos subsequentes.

O setor de saúde suplementar enfrenta diversos desafios que exigem atenção e soluções inovadoras. A complexidade da regulamentação, o aumento constante dos custos médicos, a necessidade de garantir a satisfação dos consumidores, o envelhecimento da população e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde são alguns dos principais obstáculos a serem superados.

Agrava-se ainda o cenário dos planos quando se começa a estudar a situação e verifica-se os diversos casos de falência identificados, quer seja pela má administração, pela falta de planejamento ao se pensar em um plano de autogestão, por exemplo, o descontrole nos gastos e as fontes de receitas limitadas.

Nesse contexto, a pesquisa se justifica, principalmente, por buscar responder os motivos das escolhas dos gestores na melhor forma de ofertar assistência à saúde para os servidores do GDF, do ponto de vista financeiro, relacionados às receitas do INAS. Portanto, a análise se restringe aos aspectos financeiros da decisão, não

adentrando em questões relacionadas à qualidade do Plano e nem à qualidade do gasto, isto é, como são geridas as despesas.

Direciona-se o estudo para avaliar quais fatores motivaram o gestor público definir as formas de arrecadação e base de cálculo do Plano. Primando pela boa gestão e qualidade dos serviços, com objetivo de beneficiar o servidor, mas sem deixar de lado a eficiência na alocação de recursos públicos, que poderiam ser utilizados para beneficiar o cidadão comum, não servidor do GDF, que não tem acesso ao plano e é assistido pela rede pública de saúde do GDF, por exemplo.

Por isso, a importância do estudo tanto para a população geral do GDF, pagadora de impostos, e que utiliza os serviços públicos, bem como para a academia, trazendo uma literatura que poderá servir como referência para demais entes, que hoje utilizam autogestão nos moldes do implantado no GDF.

Os resultados da pesquisa serão relevantes para o debate sobre o futuro do Plano de saúde do GDF e para impactar as políticas públicas de saúde. Recursos públicos não são infinitos!

Diante de tudo isso, esta pesquisa se propõe a responder a seguinte questão: **Quais foram as motivações que levaram à decisão quanto às formas de aferir receitas do Plano de Saúde GDF SAÚDE?**

Portanto, este estudo tem como objetivo principal de analisar a motivação para a tomada de decisão de implantação do atual GDF SAÚDE, com suas formas peculiares de arrecadação, conforme a Lei distrital nº 3.831/2006.

E, como objetivos secundários, pode-se citar os seguintes:

- a) Investigar os motivos da escolha pelo modelo de financiamento, tanto da parte do GDF - percentual da folha de pessoal -, quanto da parte custeada pelos beneficiários - base de cálculo e percentual -;**
- b) Levantar os desdobramentos do INAS, após a edição da Lei inicial, principalmente, os que vierem no sentido de realizar alterações na legislação, do ponto de vista arrecadatário, com impacto no orçamento.**

1.2 METODOLOGIA

Considerando que esta pesquisa buscou verificar, com base em documentos históricos e atuais, justificativas para as escolhas dos gestores do GDF à época, apresenta-se a seguir a forma metodológica encontrada para melhor apurar os fatos e responder aos objetivos apresentados.

Visando cumprir os objetivos propostos para estudo do caso analisado por esta pesquisa, de forma sistemática, este trabalho foi dividido em três principais eixos de pesquisa:

- a) Conceituação, características, premissas e práticas dos gestores quando da Tomada de Decisão em Saúde.**
- b) Formas de oferta de Assistência à Saúde Suplementar.**
- c) Benchmarking dos demais entes da Federação, anterior à Lei de criação do INAS.**
- d) Arcabouço legal distrital, posterior à criação do INAS.**

Quanto à classificação da presente pesquisa, enquadra-se, pelos objetivos definidos, como uma pesquisa:

- a) Exploratória, investigativa e Descritiva:**
 - a. Analisar em que o GDF se baseou em suas escolhas no momento de edição da legislação do INAS, no que concerne à aferição de suas receitas.**
 - b. Elaboração de propostas de melhoria, em relação ao caso estudado, ao utilizar conhecimentos provenientes de observador-participante.**
- b) Qualitativa:**
 - a. Levantamento de possíveis “memória de cálculo” que embasaram a decisão sob o aspecto financeiro;**
 - b. Análise documental da época de edição da Legislação do INAS, com objetivo de buscar a motivação do gestor à época, por meio da exposição de motivos;**
 - c. Levantamento de processos atuais em que o Instituto apresenta panorama financeiro e orçamentário atual e necessidade de alterações legislativas para adequar os valores das receitas;**
 - d. Dados referentes às demais UFs que possuem planos de assistência à saúde suplementar similares e de autogestão, obtidos por meio dos sites próprios dos Institutos.**

e. Atuação como observador-participante, por trabalhar na instituição pesquisada.

c) Estudo de caso:

a. Realizando uma análise detalhada dos dados coletados, visando contribuir para revelar possíveis explicações relacionadas ao fenômeno em análise.

Gil (2002) define que pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Conforme Lösch, Rambo e Ferreira (2023) o objetivo de um estudo qualitativo é adquirir um entendimento aprofundado e detalhado de um determinado objeto de pesquisa, sem a realização de uma mensuração quantitativa do fenômeno.

Além disso, a pesquisa enquadra-se no modelo de estudo de caso, que, conforme GIL (2010), explora uma situação da vida real, preserva o caráter unitário do objeto estudado, descreve o contexto da investigação e formula hipóteses para o fenômeno.

O estudo de caso é uma abordagem relevante para investigar acontecimentos atuais inseridos em ambientes reais. Ele é particularmente indicado em pesquisas investigativa, pois contribui para esclarecer questões como “como” e “por que”. Esse é justamente o escopo deste trabalho, que busca compreender de que maneira certos elementos influenciaram o processo decisório relacionado à criação do INAS e às suas fontes de financiamento.

Esta dissertação, fruto de um estudo de caso, deve ser compreensível não apenas para o público acadêmico e os especialistas da área, mas também para leitores em geral, visando ampliar o alcance do conhecimento. Dessa forma, além de considerar a relação entre o caso analisado e as teorias existentes, e de apresentar as medidas adotadas para garantir a validade da pesquisa, é indicado incluir descrições que permitam ao leitor leigo estabelecer conexões com outras experiências do cotidiano. (Neves, 2018)

De acordo com os autores Lösch, Rambo e Ferreira (2023), os estudos de natureza exploratória visam também esclarecer ou reformular conceitos, sendo valiosos para reconhecer padrões e possibilidades que possam servir de base para investigações futuras mais detalhadas.

Os elementos analisados foram escolhidos devido à sua disponibilidade em ambientes digitais, tendo sido localizados por meio de pesquisa bibliográfica, consulta aos sites institucionais, do portal da transparência do Distrito Federal, site da CLDF e do INAS, acesso ao sistema interno do Governo do Distrito Federal (SEI-GDF) e levantamento documental com base na Lei de Acesso à Informação (LAI). Considerando que os dados obtidos apresentam formatos variados, este estudo optou por utilizar informações mais acessíveis e objetivas.

Os dados referentes aos demais planos de saúde também foram obtidos por meio de literatura especializada, legislações, bem como nos sites dos principais atores do mercado e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A utilização dos dados e legislações aplicadas aos planos de assistência à saúde suplementar dos servidores dos Estados de Tocantins, Bahia e Goiás se deu por conta da data em que foram publicadas, anterior e próxima à publicação da Lei de criação do INAS. Além disso, outras Unidades da Federação - UFs pesquisadas, inclusive da União, não se verificaram tanto similaridade, tendo em vista que muitos entes optam pelo ressarcimento ao servidor (outra modalidade de ofertar assistência).

Apesar de ter conseguido reunir e estudar toda a documentação a documentação preparatória exigida, que estava anexa ao Projeto de Lei, enviado pelo Poder Executivo para o Legislativo, em 2006, observou-se que não constava na documentação possíveis atas de reuniões, nem mesmo memória de cálculo para se chegar aos percentuais de contribuição dos servidores e do GDF.

Também não foi possível encontrar esta documentação junto ao INAS, nem mesmo contato com gestores que estavam na Secretaria de Planejamento na época da edição da Lei. O que possibilitaria aprofundar mais na questão da motivação do gestor. Sendo estes os limitadores que impossibilitaram que o presente trabalho pudesse ser mais aprofundado.



?

2

CONTEXTOS BUROCRÁTICOS, ECONÔMICOS, POLÍTICO-INSTITUCIONAIS, E SEUS ARRANJOS QUE INFLUENCIAM NA TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.

A saúde, enquanto bem fundamental e direito universal, demanda uma gestão complexa e articulada para garantir o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos à população. As políticas públicas de saúde, nesse sentido, consistem em um conjunto de decisões, planos e ações que visam alcançar objetivos específicos de cuidados de saúde, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, a formulação e implementação dessas políticas se inserem em um intrincado processo decisório, permeado por fatores burocráticos, políticos e institucionais que exigem uma análise cuidadosa.

Este capítulo se propõe a desvendar os meandros do processo decisório em políticas de saúde, explorando a intrincada teia de atores, mecanismos, influências e arranjos institucionais que o moldam. A multiplicidade de agentes envolvidos, desde técnicos e gestores até políticos e representantes da sociedade civil, cada qual com suas perspectivas e interesses, acrescenta camadas de complexidade a essa equação. Compreender como esses elementos interagem e influenciam as decisões em saúde é crucial para a construção de sistemas mais eficientes, equitativos e responsivos às necessidades da população.

2.1 CONTEXTOS PARA TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Conforme Carvalho (2019): “As políticas públicas constituem a base de um conjunto de atividades a ser realizadas pela Administração Pública, para que os fins consagrados no texto constitucional sejam cumpridos, sobretudo no que se refere aos direitos fundamentais que dependem de ações para sua promoção.”

A atuação do Estado no campo das políticas públicas é caracterizada pela discricionariedade administrativa, que confere aos gestores públicos a liberdade de tomar decisões. Essa flexibilidade se justifica, principalmente, pela necessidade de adaptação às diferentes realidades sociais encontradas na implementação de políticas públicas, especialmente as de cunho social. (Carvalho, 2019)

Conforme Baptista (2012), “O estudo dos processos envolvidos na tomada de decisão por parte dos gestores públicos, e em especial das “boas intenções e discursos formais”, faz parte do campo da política. Dessa maneira, política pública seria o “Estado em ação” com vistas a atingir metas, objetivos e propósitos definidos.”

A tomada de decisões nas organizações vai além da mera resolução de problemas específicos, pois impacta os procedimentos internos e a cultura da instituição como um todo. Esse processo possui um forte componente simbólico, uma vez que, ao decidir, os gestores não apenas definem cursos de ação, mas também constroem significados sobre a realidade, os valores e as normas que regem a organização. Em suma, a tomada de decisão é um processo que transcende a mera escolha entre alternativas, pois contribui para a construção da realidade organizacional e para a definição de seus valores e identidades. (Baptista, 2012)

2.2 ATORES E ARRANJOS: UM CENÁRIO MULTIFACETADO

A diversidade de mecanismos de decisão e arranjos políticos nos sistemas de saúde levou a modelos institucionais bastante distintos em relação a normas de controle, regulação, responsabilidades e financiamento. (Flexa, 2018).

Tanaka e Tamaki (2012) pontuam que um fator que limita o uso da avaliação na tomada de decisões em saúde é a necessidade de investimento e tempo para sua aplicação. Isso torna difícil utilizá-la em problemas que exigem soluções rápidas. Em tais casos, comuns na área da saúde, o acúmulo de conhecimento prévio, proveniente de avaliações anteriores ou planejadas com antecedência, torna-se crucial para a tomada de decisão.

Em seu estudo Naseer (2018) busca sustentar que a burocracia pública é uma organização na qual o contexto institucional e o contexto social da organização desempenham um papel significativo na

formação das escolhas dos burocratas. Quando o legislador delega uma política a um burocrata, ela é moldada não apenas pelas preferências dos burocratas individuais, mas também pelas estruturas organizacionais passadas, estratégias, tecnologias e normas sociais da organização.

Nasser (2018) acrescenta ainda que as análises de escolhas baseadas em preferências inerciais e guiadas por identidade indicam que muitas das conhecidas variações no comportamento dos burocratas podem ser melhor explicadas por fatores contextuais. Esses fatores podem contribuir para a realização de escolhas socialmente ótimas ou forçar escolhas políticas que não são ótimas do ponto de vista do bem-estar. Conseqüentemente, intervenções políticas podem ser necessárias para permitir que os burocratas mudem suas escolhas, especialmente quando esses fatores impedem a tomada de uma escolha ótima. Se esses fatores levam a escolhas ótimas, não há necessidade de intervenções políticas.

A ênfase deve ser colocada na simplificação do sistema, para que os burocratas possam agir de acordo com seu contexto organizacional.

Para Santos et al. (2015):

“Os grupos de atores podem ser separados em função de seus interesses e poderes para participar do processo político, os quais são distribuídos em: população ou usuários; sujeitos ou profissionais (técnicos); e líderes. E, dependendo do processo, qualquer um destes grupos pode ser jogador de uma política de saúde.”

Alguns autores defendem que a criação de uma política pública envolve pelo menos três grupos distintos: gestores, acadêmicos e profissionais da área. Apesar de cada um ter suas próprias expectativas e formas de agir, esses grupos podem trabalhar juntos na construção de políticas de saúde. (JANSEN et al.,2010)

Quando a elaboração de uma política e a tomada de decisões se concentram em um grupo pequeno, aumentam as chances de falhas na implementação. Problemas podem surgir de forma sutil, como baixa adesão dos profissionais, financiamento irregular e pouca alteração nos indicadores de saúde a longo prazo. (SANTOS et al.,2015).

E, muitas vezes, quando algum dos atores tentam limitar o acesso de alguns representantes nas decisões, isso pode gerar alguma decisão tendenciosa a uma determinada parte do grupo.

2.3 INFLUÊNCIAS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS: O PESO DA POLÍTICA

O contexto burocrático pode levar à inércia na tomada de decisões, onde preferências e identidades estabelecidas moldam os resultados (Naseer, 2018).

As decisões são tomadas por meio de uma combinação de estruturas legais e negociações políticas, muitas vezes influenciadas por crises de saúde pública, como a pandemia de COVID-19 (Jacobson et al., 2020).

Tanaka e Tamaki (2012) pontuam assertivamente que a tomada de decisão na gestão em saúde é complexa e permeada de subjetividade e incertezas: “Há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda, existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências.”

Políticos desempenham papéis cruciais na formulação de políticas de saúde pública, muitas vezes priorizando agendas políticas em vez de recomendações científicas. Já os **agentes de saúde pública**, fornecem experiência, mas podem enfrentar restrições de líderes políticos (Jacobson et al., 2020).

As influências mais significativas incluem motivações políticas, dados de saúde pública e a cultura burocrática existente, que pode facilitar ou impedir as escolhas ideais (Naseer, 2018).

Os aspectos político-institucionais desempenham um papel central na tomada de decisão em saúde pública. O contexto político, incluindo a estabilidade dos governos, a ideologia política e o nível de comprometimento com a saúde pública, influencia diretamente as prioridades e os recursos alocados.

Ademais, a estrutura organizacional do sistema de saúde, que pode ser hierárquica ou mais descentralizada, impacta a agilidade e a eficácia das decisões. A interação entre diferentes níveis de governo

também é crucial, pois cada um pode ter suas próprias prioridades e desafios.

Em relação à tomada de decisões, **Contandriopoulos (2004)**, sugere que o uso do conhecimento científico seja otimizado pelo fortalecimento da racionalidade técnica. Embora se reconheça a influência política em qualquer decisão, é possível buscar um consenso entre os participantes para que os argumentos técnicos tenham maior peso.

A política pode ser definida de forma ampla como o processo de tomar e executar decisões coletivas. Assim como a saúde, ela possui estruturas, processos, resultados e desfechos. Processos políticos incluem eleições, lobby e elaboração de leis, e podem ser caracterizados, por exemplo, pelos seus níveis de democracia. Resultados políticos incluem as leis, impostos, benefícios de seguridade social, serviços públicos, etc., que, em última análise, produzirão os desfechos de saúde e outros resultados sociais de interesse. (Mackenbach,2014).

As decisões são tomadas em um ambiente com forte influência política, o que significa que podem mudar rapidamente ou serem modificadas por causa de valores individuais, interesses partidários ou experiências do grupo responsável pela decisão.

A priorização de questões eleitorais em detrimento das evidências científicas na tomada de decisões acontece porque o estudo científico é visto como apenas um fator entre vários outros considerados legítimos, como as demandas sociais, político-eleitorais e econômicas. (Santos et al., 2015)

2.4 FATOR ECONÔMICO: RECURSOS ESCASSOS E DEMANDAS CRESCENTES

Restrições orçamentárias e alocação de recursos impactam significativamente a tomada de decisões, muitas vezes levando a compensações entre objetivos de saúde pública e interesses econômicos (Naseer, 2018).

Conforme Almeida et al (2009):

“ nos últimos anos foram intensificadas as referências sobre custos na área da saúde, e isso ocorreu por influência de vários

aspectos como: os crescentes gastos públicos na área; os problemas relacionados ao financiamento dos gastos; a grande necessidade do controle e do uso das informações de custos para tomada de decisão; a importância do gerenciamento na área da saúde; a pequena disseminação de métodos adequados de apuração e mensuração de custos e de análise e escolha de programas, e estabelecimento de políticas para a área.”

A limitação de recursos para os sistemas de saúde exige um processo de tomada de decisão bem estruturado, baseado em planejamento estratégico e critérios que vão além da relação custo-benefício. (Flexa, 2018)

A autora acrescenta ainda que “o paradigma do julgamento com base nas análises de custo e efetividade das soluções em saúde é limitado e, por isso, a elucidação dos demais critérios nesse processo é a chave para garantir sustentabilidade, equidade e eficiência dos sistemas de saúde. A falta de transparência, por sua vez, pode criar potenciais conflitos entre as partes envolvidas na tomada de decisão.”

2.5 DEMAIS FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO

Além das questões políticas e econômicas, as decisões em saúde são influenciadas por outros fatores, com destaque para as evidências científicas, a geração dos dados e informações, a opinião pública, bem como os valores e crenças.

Para Tanios et al. (2013), a tomada de decisão envolve a definição de critérios e valores, além do uso de evidências e do julgamento de alternativas na formulação de políticas públicas em saúde.

Conforme Santos et al. (2015): “para os gestores da saúde, a relevância principal ainda é dada pela opinião pública e seu impacto sobre os aspectos políticos e as tomadas de decisões (PETTICREW et al., 2004), pois uma demanda urgente pode preceder qualquer evidência científica; por conseguinte, antes de procurar evidências, os gestores definem estritamente a questão política a ser examinada (CHURCH et al., 2002).”

Ao tratar da questão da informação no processo de decisão, Cohn et al. (2005) destaca que, apesar da vasta quantidade de pesquisas sobre como decisões são tomadas localmente na área da

saúde, são raras as análises que exploram a influência da informação nesse processo. Faltam estudos que mostrem como a informação é incorporada e qual o seu impacto real, evidenciando a necessidade de investigar seu papel em relação a outros fatores já conhecidos.

É preciso também entender como aumentar a importância da informação para os tomadores de decisão, e acrescenta que:

“No caso brasileiro, a burocracia estatal, que na maior parte das vezes é quem detém o poder de decisão, acaba trazendo consigo interesses conflitantes com os reais interesses públicos, fazendo assim com que a máquina estatal nos distintos níveis de governo resistam à assimilação de inovações tecnológicas no processo de tomada de decisão, dadas sua formação e sua cultura política de traço acentuadamente conservador.”

O agente que formula políticas públicas de saúde se baseia principalmente na adequação às diretrizes governamentais, recursos financeiros disponíveis, apoio de líderes políticos e suporte de outros envolvidos na saúde pública. (Flexa, 2018)

2.6 GOVERNANÇA: EM BUSCA DE TRANSPARÊNCIA E ACCOUNTABILITY

A governança no processo decisório em saúde é fundamental para garantir a transparência, a *accountability* e a participação social. No entanto, desafios como a corrupção, o clientelismo e a captura do Estado ameaçam a efetividade da governança e comprometem a legitimidade das políticas públicas. A governança eficaz requer a integração de perspectivas diversas e a promoção da colaboração entre várias partes interessadas (Asthana et al., 2024).

A governança efetiva pode facilitar a tomada de decisões, tornando-as mais informativas e inclusivas. Promovendo a transparência e a participação da sociedade. No entanto, em muitos contextos, a falta de clareza nas funções e responsabilidades pode levar a uma fragmentação das políticas e à ineficiência na implementação.

Em contraste, alguns argumentam que a politização da saúde pública pode levar a uma governança mais responsiva, já que as autoridades eleitas podem estar mais sintonizadas com o sentimento e as necessidades do público. No entanto, isso também pode resultar em

decisões que priorizam a conveniência política em detrimento da integridade científica, complicando o cenário da saúde pública.

Importante destacar também, a necessidade da revisão sistemática, que serve para revisitar a estratégia de busca exaustiva, os métodos rigorosos usados para reduzir o risco de viés no processo de revisão e a inclusão de uma ampla gama de estudos que revelam não apenas aspectos procedimentais no uso de evidências de pesquisa, mas também as opiniões e experiências de vários atores chave no processo.

2.7 CONSIDERAÇÕES

A burocracia, embora essencial para a organização e o funcionamento do sistema, pode também ser fonte de ineficiências e obstáculos. A busca por uma maior racionalidade nas decisões, baseada em evidências científicas e em princípios de governança, é um desafio permanente para a construção de um sistema de saúde mais justo, eficiente e democrático.

Em suma, a tomada de decisão em saúde pública é um processo complexo e multifacetado, que idealmente deveria ser baseado em evidências científicas e análises de custo-benefício. No entanto, na prática, esse processo é frequentemente influenciado por incertezas, limitações de recursos, pressões políticas e valores sociais.

Pois, somente por meio do diálogo, da colaboração e do compromisso com o interesse público será possível garantir que as decisões em saúde reflitam os valores de justiça, equidade e eficiência que devem nortear a construção de um sistema de saúde universal e de qualidade.

O que fica quase unânime entre os autores estudados neste Capítulo é que a tomada de decisão em saúde pública no Brasil se caracteriza por uma complexa interação entre diferentes esferas de governo e atores sociais. De um lado tem-se os políticos eleitos para representar a população, os agentes de saúde pública e os demais interessados, que inclui empresários do setor e a população a ser beneficiada.

A arena política exerce forte influência sobre as decisões em saúde. Interesses de grupos políticos, ciclos eleitorais e relações

intergovernamentais podem moldar as agendas, prioridades e alocação de recursos, demandando negociação e articulação entre diferentes atores e interesses. Os fatores políticos fornecem um contexto importante para todas as decisões de saúde pública. Os tomadores de decisão nem sempre olham pelo bem-estar social para tomar a decisão.

Muitas vezes, são priorizados relatórios governamentais e estatísticas, benchmark e relatórios de organizações não governamentais como insumo para a tomada de decisão, por ser de mais fácil entendimento pois utilizam expressões menos técnicas e acadêmicas. Além do tempo que se leva para explorar evidências em detalhes ou conduzir pesquisas.

A transparência e a participação pública são elementos importantes nesse processo, pois contribuem para a legitimidade das decisões e ajudam a garantir que as políticas atendam efetivamente às necessidades da população. Entretanto, as decisões podem ser atrasadas por processos burocráticos longos e complexos, o que pode impactar negativamente a resposta a emergências de saúde.

A escolha dos trabalhos acadêmicos, bem como de seus autores baseou-se em trazer à tona estudos mais recentes e que tratavam diretamente do assunto mais amplo de tomada de decisão em saúde. Mostrando-se importante fonte para tentar chegar à conclusão do que motivou o gestor do GDF, à época da edição da legislação, a tomar sua decisão. Quais foram os fatores que mais determinaram na escolha do gestor à época, quais dados ele tinha em mãos e se foram utilizados quando da tomada de decisão?



3

3

PROCEDIMENTOS DECISÓRIOS NO ÂMBITO DO PODER PÚBLICO: SISTEMA PÚBLICO E PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE PARA OS SERVIDORES

O sistema de saúde brasileiro se caracteriza por uma complexa interação entre o setor público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e o setor privado, composto pelos Planos de Saúde. Embora a Constituição Federal de 1988 defina a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, o crescimento dos planos privados de saúde levanta questões cruciais sobre a equidade e a sustentabilidade do sistema.

A expansão da cobertura privada, impulsionada por diversos fatores, pode aprofundar as disparidades no acesso aos serviços de saúde, criando um sistema segmentado em que a população com maior poder aquisitivo usufrui de cuidados mais ágeis e abrangentes, enquanto os usuários do SUS enfrentam filas, longas esperas e dificuldades para acessar serviços essenciais.

3.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O direito à saúde, elevado a direito fundamental pela Constituição de 1988 após a reforma sanitária, materializa-se no Sistema Único de Saúde (SUS), a política pública de saúde brasileira. O SUS, baseado nos princípios da universalidade, igualdade e integralidade, busca atender às necessidades de saúde da população de forma descentralizada, alinhado ao conceito de saúde da OMS.

O SUS proporcionou um aumento significativo no acesso a serviços de saúde, especialmente na atenção básica e em situações de urgência e emergência. A cobertura universal de vacinação, pré-natal e terapia antirretroviral, entre outros, são exemplos de suas conquistas. Além disso, o sistema é responsável pela maior parte dos serviços de alta complexidade e custo, como transplantes. No entanto, apesar desses avanços, ainda existem desafios no acesso à atenção especializada, como consultas com especialistas, cirurgias eletivas e

exames de apoio diagnóstico e terapêutico, que continuam sendo barreiras importantes dentro do SUS. (Sá, 2018)

A participação estatal na saúde é essencial, especialmente na prestação de serviços, devido aos altos custos e à constante incorporação de tecnologias. O SUS, fundamentado na universalidade, integralidade, equidade e gratuidade, convive com a iniciativa privada, que complementa a oferta de serviços. (RICCIO,2012)

A criação do SUS, apesar de ampliar o acesso à saúde, sobrecarregou a estrutura existente, levando ao aumento da demanda por planos de saúde na década de 1990. O sistema, embora avançado, enfrenta desafios na gestão e no acesso da população aos serviços, contrastando com o crescimento do setor privado.

Gerschman e Santos (2006), apontam que a iniciativa privada passou a atuar na área da saúde com mais intensidade a partir do aumento do nível de sofisticação tecnológica, que culminou em alavancagem dos lucros. Segundo dados à época do estudo, 62,1% dos hospitais eram privados.

A crise do financiamento, com a redução da contribuição da previdência, agravou os problemas do SUS, impactando estrutura, acesso e gestão, enquanto o setor privado se expandia sem controle adequado. A falta de leitos, os baixos valores pagos pelo SUS aos prestadores de serviços, o aumento de doenças e outros fatores evidenciam a crise do sistema público, agravada pela falta de propostas e pela dificuldade de acesso da população aos serviços. (RICCIO,2012)

Em suma, o SUS representa uma conquista social importante, mas enfrenta desafios significativos. A garantia do direito à saúde para todos exige investimentos contínuos, gestão eficiente e o enfrentamento das desigualdades no acesso aos serviços, para que o sistema alcance seu pleno potencial e cumpra seu papel fundamental na promoção da saúde e do bem-estar da população brasileira.

É fato que somente o SUS não conseguiria atender nem mesmo a população de mais baixas rendas, que não podem ter acesso a um plano suplementar, por isso a importância da complementação do público e privado, quando se trata de assistência à saúde, conforme bem menciona Sá (2018):

De modo geral, todos os países usam alguma combinação entre o público e privado para assegurar acesso universal à

assistência à saúde, e muitos buscam alternativas para lidar com os crescentes gastos para manutenção de seus sistemas de saúde. Um problema importante para sistemas com financiamento majoritariamente privado é assegurar acesso universal a seguro de saúde, o que, associado a preocupações com equidade, explica porque a maioria dos países prefere adotar sistemas em que a assistência à saúde é pública e financiada ou por meio de tributos gerais (Serviço Nacional de Saúde) ou por contribuições sociais (Seguro Social de Saúde). Nos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), o setor público tem papel preponderante e respondia em 2013 por, em média, 73% do gasto com saúde (OCDE, 2015). No Reino Unido e na Suécia, o financiamento público responde por mais de 80% do gasto com saúde. Além disso, a Suécia, juntamente com a Espanha, também se destaca pela provisão da atenção à saúde ser, em sua grande maioria, pública (Paris et al., 2010). Os Estados Unidos são exceção, pois o mercado tem papel preponderante no financiamento e provisão da atenção à saúde, parcela superior a 65% da população possui cobertura por seguro privado de saúde, e 52% do gasto com saúde tem como fonte o setor privado.

No mesmo estudo proposto Sá (2018), acrescenta ainda que:

No Brasil, por exemplo, o trabalho e a renda são os fatores determinantes para a participação na Saúde Suplementar. Mais de 65% dos vínculos correspondem a planos empresariais, e existe uma forte associação entre renda e cobertura por plano privado de saúde (Bahia et al., 2006; Andrade e Maia, 2007). As desigualdades no uso de serviços de atenção à saúde entre o grupo populacional coberto exclusivamente pelo SUS e o grupo que adicionalmente possui algum plano privado de saúde, isto é, a parcela da população coberta pela Saúde Suplementar, é bem documentada (Piola et al., 2010;)

Sistemas de saúde com financiamento misto, como o brasileiro, frequentemente resultam em desigualdades no acesso aos serviços, favorecendo aqueles que possuem plano de saúde privado em relação aos que dependem exclusivamente do sistema público. Essa disparidade é exacerbada pela escassez de recursos, tanto físicos quanto humanos, que compromete o funcionamento adequado de ambos os subsistemas. No Brasil, essa realidade é evidente, impactando negativamente tanto o SUS quanto o setor privado. (Sá, 2018)

O SUS tem contratos com instituições privadas, para que a população tenha atendimento, como é previsto na constituição, mas

alguns indivíduos e empresas optam pela contratação de planos para obter maior cobertura. (Santos, 2019)

Marchand e Schroyen (2005) destacam, por meio de modelo teórico, as vantagens de um modelo misto em detrimento ao puro. Em que a diferenciação será medida pelo tempo de espera. No privado, paga-se para ter um tempo de espera menor, já no público, o tempo é superior. Em consequência, libera recursos para assegurar melhor acesso e qualidade no sistema público.

Apesar da Constituição Brasileira garantir a saúde como um direito universal e dever do Estado, assegurando a abrangência, a integralidade e a equidade do sistema, a realidade brasileira apresenta uma coexistência entre o setor público e o privado na área da saúde. Com a expansão do setor privado, principalmente no mercado de planos de saúde, o Estado tem se distanciado da prestação direta de serviços, assumindo um papel mais focado na regulamentação do setor privado. (Faheina, 2015).

Carvalho et al. (2012) acrescenta que:

“No entanto, é importante salientar que a adesão da grande maioria dos participantes de planos e seguros privados de saúde é realizada via inserção no mercado de trabalho, ou seja, o trabalhador tem acesso ao plano de saúde contratado pelo empregador. Apenas cerca de 30% dos contratos de planos de saúde são efetuados diretamente pelo titular. Isso não quer dizer que a adesão aos planos de saúde não tem legitimização no país, ao contrário, haja vista a participação de uma parcela considerável da população com renda baixa (superior a 20%) que possui plano ou seguro saúde no país (MENICUCCI, 2008).”

Conforme Tesser e Serapioni (2021):

“A redução dos gastos tributários em saúde, incluindo o financiamento estatal dos planos privados de servidores, aumentaria significativamente o orçamento do SUS. Isso facilitaria a articulação entre sanitaristas e sindicalistas, aproximando a luta pela universalidade do SUS e da Atenção Primária à Saúde (APS).

O subsídio estatal de planos privados de saúde se dá principalmente através de deduções fiscais no IRPF e subsídios diretos aos servidores públicos, tanto federais quanto estaduais e municipais. Esses subsídios são significativos e beneficiam principalmente os mais ricos, além de serem uma peça-chave na manutenção do setor privado de saúde.”

E acrescenta que: “O subsídio estatal aos planos privados tem um impacto negativo no SUS, contribuindo para a segmentação do sistema de saúde, iniquidades no acesso, desvio de recursos públicos e redução da pressão político-social por melhorias no SUS. A redução desses subsídios poderia fortalecer o financiamento e a universalidade do SUS, promovendo uma maior equidade no cuidado à saúde no Brasil.” (Tesser e Serapioni, 2021).

3.2 INTEGRAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO:

A presença de sistemas governamental/público e o privado resultou em disparidades no acesso e em resultados inadequados de serviços de saúde no nível de atenção primária. Os governos buscam implementar uma combinação do sistema de saúde privado e público para apoiar a equidade e promover serviços eficazes.

Para Carvalho et al (2012): “Essa legitimação perante à assistência privada está relacionada com a atuação governamental que favorece essa configuração institucional dual por meio de incentivos diretos (convênios com repasses de recursos) e indiretos (incentivos fiscais), na conformação da demanda (MENICUCCI, 2008; BAHIA,2008).”

As parcerias público-privadas têm o potencial de alcançar os melhores indicadores de saúde para os cuidados de saúde financiados publicamente. As parcerias público-privadas são uma alternativa viável, pois o setor público enfrenta restrições para atender à crescente necessidade de serviços de saúde de qualidade por grupos de renda mais alta. Porém, deve-se reconhecer que o plano de saúde privado não será capaz de fornecer cobertura para pessoas de baixa renda, aquelas que vivem em áreas rurais e grupos de alto risco, como idosos e pessoas com deficiência. A inovação muitas vezes ocorre no setor privado, pois ele deve continuar implementando mudanças para permanecer competitivo. (Adyas et al., 2024)

O autor completa afirmando que a combinação dos dois setores é a melhor para alcançar uma cobertura total. O governo deve fornecer e regulamentar o espaço para o setor privado. No entanto, o setor privado tem limitações no desenvolvimento de serviços devido a obstáculos em fornecer cuidados de saúde apropriados para todos sem conflitar com os objetivos empresariais.

Conforme Fontenelle et al. (2019): “Ao considerar conjuntamente a assistência ambulatorial e hospitalar, os brasileiros com planos de saúde utilizam o SUS em aproximadamente 13% das vezes em que recebem cuidados; aproximadamente 7% das pessoas que recebem cuidados pagos pelo SUS dispõem de planos de saúde. ”

Em suma, conforme Fontenelle et al. (2019) para os brasileiros com plano de saúde, o SUS desempenha um papel secundário no financiamento dos cuidados de saúde. Embora os planos de saúde pareçam deslocar parte da demanda por assistência para fora do SUS, esses mesmos planos tendem a restringir o caráter universal e equitativo do SUS. Dentre as principais causas atribuídas a esse fenômeno estariam a escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público.

Carvalho et al. (2012) conclui que: “Também tem sido analisado o papel duplicado e contraditório do Estado frente a essa coexistência de prestadores de serviços públicos e privados de saúde; ao mesmo tempo em que é responsável pela viabilização do SUS e seus princípios, também mantém um mercado de saúde ao qual lhe caberia a ‘distante’ função de regulador. ”

E ainda, Carvalho et al. (2012), ao mencionar Menicucci (2007):

“ (...) a instituição do SUS mudou substancialmente o segmento público, porém, essa mudança tem sido limitada pela antiga estrutura do sistema de saúde brasileiro, originariamente dicotomizado entre o público e o privado, entre a prevenção e o tratamento e reabilitação, entre o coletivo e o indivíduo. E ainda, as características preservadas da política de saúde anterior criam uma ‘dualidade’, e não uma síntese dialética, na visão da autora. Ao mesmo tempo em que se propõe um sistema universal, paralelamente, mantém-se intocadas as instituições privadas de assistência à saúde, que demonstram grande capacidade de se acomodarem à proposta da ‘complementariedade’ ao sistema público. ”

3.3 CONTRADIÇÃO NO FINANCIAMENTO PÚBLICO E O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

Para o autor Ocké-Reis et al., (2006):

“Os subsídios destinados ao consumo de planos de saúde, via renúncia de arrecadação fiscal, poderiam ser direcionados ao

SUS para prover assistência médica aos segmentos sociais mais vulneráveis da população. Determinadas ações governamentais contribuíram para expandir e consolidar o mercado de planos de saúde no Brasil. Isto é, decisões políticas e econômicas do governo tiveram um papel significativo na estruturação e crescimento desse mercado. (...) Pois, o Estado, devido a restrições orçamentárias, não consegue responder adequadamente aos problemas decorrentes da precária cobertura pública de atenção médica. Isso impede o fortalecimento necessário do SUS e deixa espaço para a atuação do mercado oligopolista de planos de saúde.”

Ainda na visão de Ocké-Reis et al. (2006), para o fortalecimento do SUS e a garantia da universalização do acesso à saúde, seria crucial que o sistema incorporasse tanto a população de baixa renda quanto as classes médias. O que exigiria um aumento do investimento público em saúde e a otimização dos recursos, com foco na qualidade e eficiência dos serviços. É preciso que as decisões políticas priorizem o SUS, buscando superar a polêmica relação de dependência entre o Estado e o mercado de planos de saúde, marcada por renúncias fiscais e pela resistência das operadoras em reembolsar o sistema público pelos atendimentos prestados aos seus clientes.

Para ele, “o consumo de planos de saúde é patrocinado pela dedução do imposto de renda. Essa renúncia permite, por um lado, que parte dos gastos com planos de saúde seja abatida do Imposto de Renda sobre Pessoa Física (IRPF) e, por outro, que as despesas operacionais das firmas empregadoras em assistência médica sejam reduzidas do montante do lucro líquido, diminuindo o total sob o qual incide o Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica (IRPJ).”

Nesse contexto, importante observar o autor Costa (2017), pontuando que:

“A demanda por serviços de saúde é imprevisível, ao contrário da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados. De fato, face à imprevisibilidade do surgimento de alguma enfermidade, a demanda individual por serviços médicos, com exceção de seus aspectos preventivos, tende a repetir em larga medida as incertezas inerentes ao funcionamento de mercados desregulados. Além do que, a demanda por assistência à saúde pode estar diretamente associada ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida, não podendo ser postergada.”

A saúde se diferencia de outros serviços básicos por sua imprevisibilidade. Na maioria dos casos, a chance de uma pessoa desenvolver uma doença grave ou crônica ao longo da vida é pequena. No entanto, quando isso acontece, é improvável que ela consiga arcar com os custos do tratamento utilizando apenas seus recursos ou os de sua família. (Costa, 2017)

Nos dias de hoje, a participação ativa do governo no financiamento e na organização dos serviços públicos é fundamental para o funcionamento da sociedade. E quando se trata de saúde, essa intervenção estatal precisa ir além do básico, considerando as características específicas desse setor. Apesar dessa necessidade, pesquisas sobre o sistema de saúde brasileiro mostram um cenário preocupante: fragmentação e domínio do setor privado. (Costa, 2017).

3.4 GOVERNANÇA E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DOS PLANOS

A governança corporativa tem se firmado como uma prática essencial no mundo dos negócios nas últimas duas décadas. Apesar de ter surgido no contexto das empresas que atuam no mercado de capitais, devido às particularidades e aos riscos inerentes a esse setor, sua relevância se estende para além desse universo. A governança corporativa se mostra cada vez mais importante em diversos segmentos, especialmente naqueles onde a transparência, o controle e a prestação de contas são fundamentais, como é o caso das empresas que operam no mercado de saúde suplementar. (Faheina, 2015)

Com a concorrência cada mais acirrada no setor de saúde, aliada aos custos cada vez maiores, se não forem adotados sistemas de gestão eficazes, somente as grandes organizações conseguirão sobreviver em longo prazo (MENDES, 2002).

Conforme pontua em sua obra Vilar (2007):

Essa realidade aponta para uma necessidade imperativa das operadoras, que consiste em desenvolver mecanismos eficientes de gestão para torná-las mais competitivas, visando o enfrentamento de uma tendência natural, que é a elevação dos custos despendidos pela população assistida. O cenário é, portanto, bastante favorável para a consolidação de boas práticas de governança corporativa no setor de saúde

suplementar, garantindo às operadoras a adesão a padrões de conduta superiores aos exigidos pela lei, e já existe essa preocupação no setor, embora os resultados ainda sejam considerados tênues.

A sustentabilidade econômica do mercado de planos de saúde é um grande desafio, pois nesse sistema, conforme Cechin (2008), um grande número de indivíduos contribui financeiramente, através do pagamento de prêmios, para que um grupo menor possa utilizar os serviços de saúde administrados pelas operadoras quando necessitarem de tratamento. Essa dinâmica de contribuição mútua garante que, no futuro, os recursos estejam disponíveis para cobrir os custos dos tratamentos médicos dos beneficiários.

Conforme Almeida (2019) “Este é um dos setores que mais se afasta do modelo concorrencial devido a deficiência de informação, de forma que há uma assimetria entre a demanda e a oferta.”

Nessa situação, tanto o comprador quanto o vendedor desconhecem o que será utilizado e qual será o custo desse uso. Planos de saúde oferecem planos pré-pagos que permitem ao usuário diluir os altos custos de tratamentos médicos em caso de doença. (Almeida, 2019)

Nessa toada, Almeida (2019) acrescenta ao pensamento de Cechin (2008), afirmando:

O sistema de Saúde Suplementar é composto por uma cadeia de atividades que faz a ligação entre consumo de recursos e usuários finais, porém a principal característica no setor é a incerteza por parte do tomador de serviços que procura assistência com necessidade absoluta e conhecimento relativo do real estado de saúde, da necessidade futura, do tipo de tratamento, medicamento, intervenção e principalmente custos envolvidos.

A contenção de gastos assume papel quase que principal, conforme pontua Sá (2018), independente da composição do financiamento: “Os gastos com atenção à saúde vêm experimentando crescimento contínuo em todo o mundo. Estudo elaborado por Lara e Leite (2014) mostra que os gastos médico-hospitalares variaram acima da inflação em todos os 19 estudados, que incluem o Brasil.”

Outro ponto a ser destacado diz respeito à forma de precificação das operadoras, principalmente no caso dos idosos, que são os que mais utilizam os planos e com procedimentos mais caros. Como parte de seu poder de regulação, a ANS exige que o reajuste de planos de saúde da última faixa etária fique restrito a um valor fixo em relação à primeira faixa. Dificultando assim, o fechamento das contas das operadoras de planos de saúde, com suas receitas reduzidas (KUDLAWICZ et al., 2015).

Diante de todos os problemas enfrentados pelas organizações de saúde no Brasil atualmente, Varella e Ceschin (2014) sinalizam que, se não houver uma mudança na gestão dos planos e na forma de regulamentar o setor, a situação tende a piorar. Acrescentam ainda que no caso do plano de autogestão, mais de 5 milhões de brasileiros dependem das mesmas para obter serviços de saúde.

A respeito disso, Malta e Jorge (2008) ressaltam que:

Tais organizações operam planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o segmento não comercial do mercado de planos e seguros. Essa característica é muito importante segundo esses últimos autores, pois os objetivos da operadora de autogestão são distintos da lógica do mercado, por não visar o lucro nas operações, ou seja, as receitas são utilizadas no custeio da própria atividade.

3.5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR: ENTRE REEMBOLSO E PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO

Dentre as formas mais comuns e utilizadas pelo ente público para destinar assistência à saúde para seus servidores podemos destacar o reembolso ao servidor, referente aos valores gastos por ele e seus familiares dependentes com plano de saúde, contratado por ele no mercado. O outro meio se dá de forma direta, com a criação de um plano de saúde de autogestão pelo governo. Este último será o foco do nosso trabalho.

O sistema de reembolso de valores para custear a saúde, forma indireta de prestar assistência, no qual os servidores arcam com os custos e são ressarcidos posteriormente.

Como exemplo de um ente que pratica o modelo de reembolso aos servidores, no âmbito do DF, podemos citar o Tribunal de Contas-DF, que por meio de Resolução própria de número 372, de 2023, regulamentou o Programa de Assistência à Saúde do Tribunal de Contas do Distrito Federal – TCDF, denominado SAÚDE TCDF, que tem por finalidade assegurar a prestação de assistência à saúde, proporcionando os meios indispensáveis à sua manutenção e à prevenção de doenças de seus beneficiários. Que, em seu artigo 28, traz o seguinte:

A assistência indireta será realizada mediante reembolso, observando-se os procedimentos disciplinados em portaria, e será custeada da seguinte forma:

I – as despesas de assistência indireta previstas no art. 68, V, da Lei Complementar do DF nº 1/94 dos beneficiários do inciso I do art. 10 deste Regulamento serão custeadas com os recursos orçamentários consignados pelo Tribunal, observando-se os procedimentos previstos em portaria, abrangendo o reembolso:

- a) de plano de saúde contratado, limitado ao valor estabelecido em ato próprio da Presidência do Tribunal;
- b) de despesas com serviços de assistência à saúde, não amparadas total ou parcialmente pelo plano de saúde contratado e que não sejam passíveis de ressarcimento pelo plano de saúde, desde que devidamente comprovadas e acompanhadas de parecer médico da Divisão de Assistência Direta à Saúde, e autorizadas pela Presidência do Tribunal;
- c) de despesas com seguro-saúde em viagem internacional, contratado para viagem a serviço, quando o plano de saúde não oferecer cobertura na localidade de destino e o Tribunal não o fornecer;
- d) de assistência farmacológica limitado a 50% (cinquenta por cento);

II – O reembolso parcial do valor do plano de saúde contratado pelos beneficiários titulares dos incisos de II a V do art. 10 deste Regulamento será custeado da seguinte forma:

- a) pelo beneficiário titular, com no mínimo 5% (cinco por cento) do valor do plano de saúde contratado;
- b) pelo Tribunal, com no máximo 95% (noventa e cinco por cento) do valor do plano de saúde contratado.

§ 1º Os percentuais estabelecidos no inciso II deste artigo deverão observar os limites de reembolso e as faixas etárias respectivas, estabelecidos por ato próprio da Presidência do Tribunal.

§ 2º O valor mensal de reembolso dos dependentes dos beneficiários previstos no art. 10 do Regulamento será realizado conforme estabelecido no inciso II deste artigo.

§ 3º A alteração dos limites de reembolso de que trata este artigo pode ocorrer a qualquer momento, observada a disponibilidade orçamentária.

Já os planos na modalidade de autogestão de planos de saúde, na qual o ente público administra diretamente o plano de seus servidores, apresenta vantagens e desvantagens que devem ser cuidadosamente ponderadas.

A modalidade de autogestão se define aquela em que o próprio ente público, por exemplo, administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação das empresas de plano de saúde do mercado (UNIDAS, 1992).

Em contraste com os planos de saúde comercializados no mercado, as autogestões compõem o segmento não lucrativo do setor. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essas entidades oferecem planos de saúde próprios, muitas vezes vinculados a empresas empregadoras. Com aproximadamente 310 planos ativos no Brasil, as autogestões desempenham um papel fundamental na cobertura de saúde suplementar, beneficiando mais de 5,6 milhões de pessoas.

3.6 MODELOS DE PLANOS DE AUTOGESTÃO EM OUTROS ENTES FEDERADOS

Serão apresentados alguns modelos de plano de autogestão que estavam disponíveis, com legislação aprovada no respectivo ente, nos momentos das tomadas de decisão pelos gestores do GDF. Tendo como foco a parte relacionada às formas de arrecadação das receitas, relacionada à contribuição dos servidores e do ente público.

Esta análise tem sua importância no intuito de verificar se houve influência do que já estava em vigor no país para aplicação no GDF. Pode ser mais um fator decisivo no desenho do modelo de assistência à saúde dos servidores, anterior à Lei 3.831/2006 ou até mesmo no momento da Portaria nº 06, de 27 de outubro de 2020, que inaugurou o plano.

3.6.1 LEI Nº 14.081, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2002 - INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE GOIÁS – IPASGO

Em relação à parte do custeio geral do Plano e das bases de cálculo, temos o seguinte:

“Art. 16 - A receita do IPASGO SAÚDE é constituída pelos seguintes recursos:

I - contribuições dos segurados, inclusive coparticipação;

II - contribuições suplementares, complementares ou extraordinárias autorizadas em lei;

III - contribuição mensal do Estado, prevista em lei;

IV - rendas resultantes da aplicação de reservas;

V - doações, legados, subvenções e outras rendas eventuais;

VI - reversão de qualquer importância;

VII - prêmios e outras rendas provenientes de seguros efetuados pelo IPASGO;

VIII - contribuições pela prestação de serviços a outras instituições, legalmente autorizadas;

IX - juros, multas e correção monetária de pagamento de quantias devidas ao Instituto;

X - taxas, contribuições, percentagens e outras importâncias devidas em decorrência de prestação de serviços;

XI - rendas resultantes de locação de imóveis;

XII - rendas resultantes de aplicações financeiras;

XIII - quantias oriundas de faltas ao serviço, descontados dos servidores.

(...)

Art. 18. Entende-se por base de cálculo de contribuição do segurado o valor correspondente à soma total mensal paga ou creditada pelo Estado ao mesmo a qualquer título, excluídos somente os valores referentes ao 13º (décimo terceiro) salário, adicional de férias e os pagamentos ou créditos de natureza indenizatória ou eventual, tais como honorários, diárias e ajudas de custo, observado, quanto ao valor da contribuição, o limite máximo estabelecido para o plano escolhido.

Art. 19 - A contribuição mensal dos segurados do IPASGO SAÚDE será:

I - De 6% (seis por cento) para o IPASGO SAÚDE básico dos servidores ativos e inativos abrangidos pelos efeitos da Emenda Constitucional nº 16/97, aplicado sobre a base de cálculo de contribuição relativa à sua remuneração, provento ou pensão, calculada na forma do art. 18 desta lei, cujo pagamento beneficia todo o grupo familiar;”

Depreende-se que a contribuição do Estado será complementar com recursos financeiros a diferença entre a contribuição do servidor e

os custos mensais totais do Plano. Não estava evidenciado na legislação à época um percentual sobre a folha bruta total do Estado como base de cálculo para o repasse do Estado.

3.6.2 LEI Nº 1.424, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2003 - INSTITUI O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE TOCANTINS

Em relação à parte do custeio geral do Plano e das bases de cálculo, temos o seguinte:

“Art. 12. Constituem receitas do Fundo:

- I – as contribuições dos segurados, dos dependentes indiretos e dos Poderes do Estado;
- II – o resultado de suas aplicações financeiras;
- III - o carregamento de segurança equivalente a 20% da despesa projetada;
- IV – o produto da arrecadação do fator moderador;
- V – as doações, legados e contribuições de entidades públicas ou privadas, nacionais, internacionais ou estrangeiras;
- VI – os auxílios, subvenções e contribuições de entidades públicas ou privadas, nacionais, internacionais ou estrangeiras, desde que destinados especificamente ao Fundo;
- VII – as provenientes de:

- a) convênios, contratos e acordos relativos ao PLANSAÚDE;
- b) dotações orçamentárias que lhe sejam destinadas;

IX – outros bens ou rendas eventuais ou permanentes, destinados, transferidos ou incorporados ao FUNSAÚDE.

Parágrafo único. As receitas provenientes da taxa de inscrição, da contribuição dos segurados e do fator moderador serão arrecadadas mediante consignação em folha de pagamento e creditadas ao Fundo, juntamente com as contribuições do Estado, até o décimo-quinto dia do mês subsequente ao da competência.

(...)

Art. 16. A contribuição mensal do segurado é fixada em 6% sobre o correspondente subsídio ou remuneração.

§ 1º A contribuição de que trata este artigo é reduzida para 4% quando o segurado não inscrever dependente.

§ 2º Constitui fato gerador da contribuição do segurado o implemento do direito deste ao subsídio ou remuneração.

(...)

Art. 18. A contribuição mensal do Estado corresponde à diferença entre a contribuição do segurado e o valor de contribuição mínima para o custeio do plano.

Parágrafo único. A contribuição mínima referida neste artigo corresponde a 28% do menor subsídio ou remuneração de cargo efetivo em jornada de 40 horas semanais.

Art. 19. A despesa do Estado com o custeio do PLANSAÚDE correrá à conta de dotação própria consignada no Orçamento Geral do Estado.”

Semelhante ao IPASGO, o Estado de Tocantins deverá complementar com recursos financeiros a diferença entre a contribuição do servidor e os custos mensais totais do Plano. Pois, a legislação não fixou percentuais da folha bruta total do Estado como base de cálculo para o repasse do Estado.

3.6.3 LEI Nº 9528, DE 22 DE JUNHO DE 2005 - SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DA BAHIA

Novamente, ao se observar o disposto na legislação do Plano aplicável aos servidores do Estado da Bahia percebe-se a semelhança entre o conteúdo das normas de outros Estados que já haviam lançado ou estariam para lançar assistência à saúde para seus servidores:

“Art. 10 - O Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais será custeado pelas seguintes fontes de receitas:

- I - contribuição dos beneficiários:**
- a) relativa ao titular, em valores proporcionais ao respectivo nível de remuneração, de acordo com as faixas estabelecidas na tabela constante do Anexo I, desta Lei;**
 - b) relativa aos dependentes, no valor de R\$ 4,00 (quatro reais), por cada dependente inscrito, até o limite de 04 (quatro);**
 - c) relativa aos agregados, em valores definidos na tabela constante do Anexo II desta Lei, por agregado inscrito;**
 - d) pela assistência especial, de acordo com o definido no Parágrafo único, do art. 11, desta Lei;**
- II - contribuição do Estado em valor estabelecido na Lei Orçamentária Anual, respeitando o limite máximo de até 5% (cinco por cento) incidente sobre a base de cálculo definida no art. 12, inciso II, desta Lei;**
- III - outros recursos que lhe venham a ser destinados;**
- IV - outras receitas provenientes de:**
- a) convênios ou contratos celebrados;**
 - b) doações e legados que lhe sejam feitos.**
- V - outros recursos consignados no orçamento do Estado.**
- Parágrafo único - A contribuição dos beneficiários indicados no art. 4º, inciso V, desta Lei, será acrescida do percentual de 5% (cinco por cento), incidente sobre o total da remuneração mensal percebida do Estado, ou, se não**

houver pagamento de remuneração, a média mensal dos últimos 12 (doze) meses anteriores ao afastamento.

Art. 12 - Considera-se base de cálculo para fins de contribuição:

I - para os beneficiários titulares:

a) servidores ativos civis e militares, o valor bruto da remuneração integral do mês, excluídas as parcelas a título de ajuda de custo, diárias, auxílios e abonos pecuniários, adicional de férias, gratificação natalina e aquelas de caráter indenizatório;

b) servidores inativos, da reserva remunerada ou reformados, os proventos da aposentadoria, da reserva remunerada ou da reforma;

c) pensionistas, o valor da pensão;

d) agentes políticos, o valor dos subsídios mensais recebidos;

e) contratados sob regime especial de direito administrativo, o total da remuneração mensal recebida;

II - para o Estado, a remuneração integral mensal de todos os servidores ativos e inativos, e pensionistas, contribuintes ou não do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, excluídas as parcelas a título de ajuda de custo, diárias, auxílios e abonos pecuniários, adicional de férias, gratificação natalina e aquelas de caráter indenizatório.

Parágrafo único - No caso de acumulação constitucional de cargos, a contribuição dos beneficiários indicados no inciso I deste artigo incidirá sobre o somatório dos estipêndios correspondentes.”

3.7 CONSIDERAÇÕES

Embora a universalização da assistência médica no Brasil tivesse o objetivo de ampliar o alcance do sistema público de saúde, na prática, as dificuldades financeiras e a queda na qualidade dos serviços públicos resultaram na divisão do mercado e no crescimento da assistência médica privada. Os gastos com saúde nesse setor privado se dividem entre os desembolsos das famílias e os investimentos das empresas.

Cabendo às operadoras aprimorar a gestão para garantir a sustentabilidade financeira e, conseqüentemente, o compromisso com os beneficiários quando estes precisarem de atendimento médico. Assim, a eficiência na gestão de custos é crucial, uma vez que comercializam produtos e serviços que serão utilizados no futuro para custear os tratamentos de saúde dos indivíduos em caso de necessidade.

Com base na análise da legislação acima, foram identificadas semelhanças em relação ao que fora posteriormente aprovado para o Plano do GDF, principalmente no que tange à definição de determinado percentual sobre a remuneração do servidor, a ser paga pelo próprio servidor, e também à forma de definir o complemento a ser pago pelo Estado. Porém, ao invés de se definir um valor, como foi feito no GDF – 1,5 da folha bruta – o gestor do Estado da Bahia optou por deixar este percentual aberto, apenas limitando o percentual máximo de 5%.

Este tópico buscou analisar, por meio de estudos recentes e autores especializados no assunto, os impactos do avanço dos planos privados de saúde sobre o SUS e a população que dele depende exclusivamente. Abordando como o subsídio estatal a esses planos contribui para a fragmentação do sistema e a desigualdade no acesso a serviços. Discutindo, ainda, a quão benéfica pode ser a integração dos sistemas e a necessidade de observância dos conceitos de governança em todos os procedimentos. Novamente, com o objetivo de buscar a base acadêmica que possa ter influenciado o gestor do GDF, à época da edição da legislação, a tomar sua decisão.



4

4

ESTUDO DO CASO: DOCUMENTOS QUE EMBASARAM OS GESTORES DO GDF PARA A TOMADA DE DECISÃO QUANTO À IMPLANTAÇÃO DO GDF SAÚDE, SOB GESTÃO DO INAS

Este capítulo se dedica a apresentar a documentação levantada no estudo de caso, no que concerne à escolha do modelo de financiamento do GDF SAÚDE. Na busca por compreender as justificativas para o modelo adotado, a definição do percentual de contribuição do GDF, o método de cálculo e o percentual pago pelos beneficiários.

Remonta-se que as documentações encontradas e estudadas neste Tópico, que trata especificamente do Estudo de Caso, foram obtidas: i) no sítio eletrônico do INAS; ii) no sítio da CLDF; iii) no sistema logado SEI-GDF; iv) no portal da transparência do GDF; v) nos sítios do Planos de Assistência à Saúde Suplementar dos Estados da Bahia, Tocantins e Goiás; vi) além das Assembleias Legislativas destes Estados citados.

4.1 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DO GESTOR PARA A EDIÇÃO DA LEI DE CRIAÇÃO DO INSTITUTO

Como “ponta-a-pé inicial” para o projeto de criação de algo voltado para a Assistência à Saúde dos servidores públicos do GDF, foi editado o Decreto Distrital N° 25.919, de 13 de junho de 2005, com o propósito de iniciar os “estudos para a implantação de programa de atenção à saúde física e mental do servidor público dos órgãos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, e estabelece período para a coleta de informações de saúde.”

O propósito do referido Decreto foi de definir as datas e atribuições dos responsáveis pela elaboração dos estudos, inclusive

com participação dos interessados por meio de audiência pública, conforme abaixo:

Art. 4º. Os estudos a que se refere o art. 1º deverão ser concluídos até o dia 30 de agosto de 2005, objetivando a apresentação de proposta de projeto de lei a ser enviado para apreciação da Câmara Legislativa do Distrito Federal.

Parágrafo único. Caberá à Secretaria de Estado de Gestão Administrativa promover audiência pública com as entidades representativas das diversas carreiras de servidores dos órgãos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal visando debater e colher sugestões para a consolidação dos estudos de que trata o art. 1º.

Na oportunidade também foi definida a forma de coleta de informações e dados com objetivo de se traçar o perfil do servidor e permitir que os estudos tivessem como base a população real interessada:

Art. 5º. Fica estabelecido o período de 15 de junho a 31 de julho de 2005 para a realização da coleta de informações sociais e de saúde dos servidores dos órgãos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, com o objetivo de constituição de perfil sócio epidemiológico.

Art. 6º. O fornecimento das informações de que trata o art. 5º será realizado por meio da internet, no endereço <http://www.sigrhnet.df.gov.br/pesquisa>, onde será disponibilizado formulário eletrônico para preenchimento individual (...)

A partir dos dados e informações obtidas por meio dos estudos e audiência pública realizada pela Secretaria de Estado de Gestão Administrativa, o Governador do GDF encaminhou à CLDF no dia 20/12/2005 o Projeto de Lei nº 2.277/2005 com a intenção de criação do Instituto INAS. Com a finalidade de proporcionar aos servidores e seus dependentes, o Plano de Assistência Suplementar à Saúde, denominado PRÓ-SAÚDE.

Na oportunidade de apresentação da proposição foram apresentados os seguintes valores, como referência de despesas de caráter continuado a constar na LDO, em consonância com os ditames da LRF:

Tabela 1 – Projeção de Despesas (em R\$)

Exercício	2006	2007	2008
Custos do Pró-Saúde	63.367.470,12	84.489.960,16	84.489.960,16

Fonte: CLDF

Estes custos foram obtidos por meio da premissa de que, automaticamente, todos os servidores e inativos/pensionistas seriam filiados ao Plano. Caso não tivessem interesse teriam que manifestar-se, por escrito, no prazo de 90 dias.

Detalhe que o Plano previa custos diretos para os beneficiários e, mesmo assim, tinham a intenção de cadastrar todos no Plano automaticamente. Os beneficiários iriam arcar com a coparticipação em caso de utilização, além de 4% da remuneração bruta de mensalidade para o titular e de 1% para cada dependente.

Como complemento à arrecadação do Instituto, foi definida como parte aplicável ao GDF o pagamento mensal de 1,5 % da folha de pagamento bruta total dos servidores. Embora tenha sido definido estes valores, não foram encontrados documentos, nem mesmo na exposição de motivos enviada à CLDF à época, a memória de cálculo ou mesmo alguma justificativa do Gestor para estes valores.

Depreende-se que o cálculo levou em consideração apenas para fechamento dos valores referentes ao exercício atual e dois subsequentes, conforme previsto na LRF para constar na LDO, vide tabela acima. Portanto, sem nenhum critério histórico ou mesmo planejamento que envolvesse estudos de cálculo avançados utilizado média de desistência, de novas adesões, ou até mesmo, custos extras e não identificados.

Na oportunidade também constava no Projeto as demais possibilidades do instituto auferir receitas, quais sejam:

- “A receita do INAS será constituída pelos seguintes recursos:
- I – Contribuições dos beneficiários, inclusive coparticipação;
 - II – Contribuições suplementares, complementares ou extraordinárias autorizadas em Lei;
 - III – contribuição mensal do Governo do Distrito Federal;
 - IV – Doação, legados, subvenções e outras rendas eventuais;
 - V – Reversão de qualquer importância;

- VI – juros, multas e correção monetária de pagamento de quantias devidas ao Instituto;
- VII – rendas resultantes de aplicações financeiras, inclusive dos fundos de reserva.”

Segundo consta na exposição de motivos encaminhada à CLDF, os questionários que objetivaram colher informações dos servidores apontaram para um cenário preocupante no âmbito da saúde do servidor, tais como: sedentarismo, obesidade, stress e alto risco para o surgimento de doenças cardiovasculares.

Sendo assim, se fazia urgente a implantação por parte do GDF de medidas para mitigar os riscos identificados. Pontuaram também o alto índice de absenteísmo para tratamento de saúde ou por aposentadoria precoce por invalidez. Acrescentando ainda que a incidência maior seria no grupo dos professores, em que o índice médio de licença para tratamento de saúde era superior a 6% do quadro.

Portanto, encontra-se aqui a principal justificativa dada pelo gestor à época que tomou a decisão por um Plano de saúde na modalidade de autogestão, baseado na qualidade de vida do servidor, a relação direta de sua saúde com a prestação do serviço público, bem como os altos índices de atestados médicos, que oneram o Estado com substitutos, além de deixar a desejar a prestação do serviço público à população.

No mesmo documento, foram citadas iniciativas com objetivos semelhantes nos Estados de Goiás e Mato Grosso. Em relação à autogestão, baseada em relativo baixo custo final ao servidor do GDF, quando comparada aos Planos ofertados pelo mercado.

Diante de toda a argumentação e pressão dos sindicatos para aprovação do pleito na CLDF, o projeto de Lei foi aprovado por maioria e assim, deu origem ao Instituto, tendo a Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006, como marco legal inicial.

4.2 ACHADOS: DESDE O PERÍODO DE PUBLICAÇÃO DA LEI, PASSANDO PELA IMPLANTAÇÃO DE FATO, ATÉ OS TEMPOS ATUAIS

Com base na análise documental da época da edição da Lei de criação, percebeu-se que os gestores públicos, para tomada de decisão,

foram fortemente influenciados pelo que estava sendo praticado por outros entes da federação.

Por meio de análise do quadro comparativo das legislações dos Estados de Tocantins, Goiás e Bahia, verifica-se que, provavelmente, tais legislações tenham sido a única fonte de informação para a tomada de decisão no âmbito do GDF. Talvez, pela pressão que vinham sentido à época pelos servidores, por meio de seus sindicatos, para que o Estado tivesse um Plano de Saúde para seus servidores.

Este motivo, inclusive, fica mais evidente quando o executivo local optou pelo Plano de Autogestão e não pelo Reembolso aos servidores, como já era praticado por alguns entes da Administração Direta. Pois, politicamente, soava mais interessante a oferta direta para os servidores. Não houve qualquer estudo ou memória de cálculo que pudesse apresentar os ganhos financeiros de uma ou outra opção.

Não houve cálculos também que pudessem embasar os valores a serem cobrados dos beneficiários e nem do percentual a ser pago pelo GDF, haja visto a necessidade de se alterar as duas principais fontes de arrecadação com pouco mais de dois exercícios do Plano em atividade. Os custos para se manter um plano de saúde são muitos altos e incertos.

4.2.1 PRIMEIRA REGULAMENTAÇÃO E REGIMENTO INTERNO DO INAS

Houve uma preocupação inicial em formatar o funcionamento do Instituto, criando cargos comissionados para atuação na parte administrativa daquele INAS, bem como na instituição dos conselhos. Foram publicadas as diretrizes básicas, além do Regimento Interno, em 25 de agosto de 2006, que regeria o funcionamento dos Conselhos de Administração e Fiscal, além de nomear os servidores para essas atribuições.

O Regulamento foi aprovado e publicado no dia 12 de setembro de 2006, por meio do Decreto nº 27.231, com objetivo de disciplinar a organização, implantação e funcionamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde – GDF SAÚDE, administrado pelo INAS. Foram definidas as principais diretrizes do plano com regime de autogestão e disponível para todos servidores do GDF e seus beneficiários, conforme enquadramentos.

Com atenção especial para o capítulo VIII em que são apresentadas as formas de custeio do Plano:

“Art. 25. O custeio do GDF-SAÚDE-DF far-se-á mediante:
 I – contribuições dos beneficiários, inclusive coparticipação;
 II – contribuições suplementares, complementares ou extraordinárias autorizadas em Lei;
 III – contribuição mensal do Governo do Distrito Federal;
 IV – doação, legados, subvenções e outras rendas eventuais;
 V – reversão de qualquer importância;
 VI – juros, multas e correção monetária de pagamento de quantias devidas ao Instituto; e
 VII – rendas resultantes de aplicações financeiras, inclusive dos fundos de reserva.”

Com destaque para a parte que define os percentuais de contribuição dos usuários e beneficiários, bem como a definição de que serão fixados valores mínimos e máximos pelo Poder Executivo, e a definição do percentual da contribuição mensal do GDF:

“Art. 26. O valor da contribuição mensal do beneficiário será de 4% (quatro por cento) calculado sobre a remuneração bruta do servidor.

§ 1º. A cada beneficiário dependente incluído no GDF-SAÚDE-DF será cobrado acréscimo de 1% (um por cento) incidente sobre a remuneração bruta do servidor.

§ 2º. Ato do Poder Executivo poderá fixar valores mínimos ou máximos de contribuição por beneficiário titular, com base em deliberação do Conselho de Administração.

§ 3º. Os percentuais a que se refere o caput e o § 1º poderão ser revistos, semestralmente, de acordo com cálculos atuariais, por meio de ato do Poder Executivo, de acordo com proposta do Conselho de Administração.

(...)

Art. 28. A contribuição mensal do Governo do Distrito Federal em favor do GDF-SAÚDE-DF corresponde a, no mínimo, 1,5% (um e meio por cento) calculado sobre o valor mensal total da folha de pagamento de seus servidores.”

4.2.2 “LIMBO” ENTRE A LEGISLAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO

Durante o período de setembro de 2006 até julho de 2020, não houve publicação de qualquer portaria, decreto ou lei referente à operacionalização do INAS, apesar de que a estrutura, mesmo que

mínima, às vezes com dois ou três servidores comissionados esteve montada para realizar estudos técnicos para implantação do Plano.

Houve, portanto, uma lacuna entre o publicado em 2006 e o período de 2020. Ficaram estudos que nem sequer foram considerados pelo gestor que inaugurou o INAS, pois a publicação de inauguração do Plano não trouxe inovação na Lei ou até mesmo no Regimento Interno e/ou Regulamento.

4.2.3 INÍCIO DAS ATIVIDADES FINALÍSTICAS DO INAS

Portanto, nada foi alterado ou implantado de fato nestes quase 15 anos após a Lei, Regimento Interno e Regulamento serem publicados. Somente após o Decreto nº 40.980, de 10 de julho de 2020, que trouxe as medidas necessárias para viabilização do Plano de Assistência Suplementar à Saúde, denominado GDF SAÚDE pelo Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS.

Possibilitando ao Instituto de se juntar ao Banco de Brasília – BRB para utilização de infraestrutura de assistência e sistemáticas de operacionalização do Plano, além dos fornecedores daquela instituição bancária a fim de obter redução de custos, com ganhos de escala, para realizar a transição e início de operação do Plano.

Na prática, este acordo mútuo teve validade para trazer os valores reais, as condições dos pagamentos, e da formatação dos contratos que são realizados com os prestadores de serviço. Isso, permitiu ao INAS, validar seus números e chegar a um valor mínimo e máximo a ser cobrado dos beneficiários.

Após isso, foi publicada a Portaria nº 06, de 27 de outubro de 2020, com objetivo de fixar e atualizar os valores de contribuição mensal, mínimos e máximos, do Plano de Assistência Suplementar à Saúde do Distrito Federal, GDF SAÚDE. E, a partir de então, “inaugurou” o Plano GDF SAÚDE, para início de suas atividades a partir de 2021.

“O PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, Interino, no uso das atribuições que lhe conferem os artigos. 7 e 21, do Regimento Interno do INAS/DF, Portaria n. 262 de 9 de novembro de 2006, publicada no DODF de 10/11/2006, p. 01, resolve:

Art. 1º Fixar os valores de contribuição mensal, mínimos e máximos, dos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde

Suplementar, GDF Saúde, em conformidade com o disposto no art. 21, §1º e §2º da Lei nº 3.831, de 2006, e com a Resolução nº 02, de 06 de setembro de 2006, do Conselho de Administração do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal, conforme abaixo:

I – Valor mínimo de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) para o beneficiário titular e de R\$ 200,00 (duzentos reais) por beneficiário dependente ativo e de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por beneficiário dependente inativo.

II – Valor máximo de R\$ 1.000,00 (um mil reais) para o beneficiário titular e de R\$ 300,00 (trezentos reais) por beneficiário dependente ativo e de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por beneficiário dependente inativo.

(...)”

4.2.4 CORREÇÃO DAS FALHAS QUANTO ÀS FORMAS E PERCENTUAIS DE ARRECADAÇÃO

A equação disposta na legislação de contribuição dos servidores e a parte do GDF, 1,5% da folha bruta de pagamento do GDF, não estava fechando com saldo financeiro positivo no Instituto, desde o ano de 2023. Já que nos dois primeiros anos, 2021 e 2022, houve superávit, tendo em vista o número de adesões ao Plano ainda estar baixo e, portanto, com custos reduzidos.

Assim, o INAS precisava de aportes extras em seu orçamento, em relação ao que já estava estabelecido na LOA. Isso, vinha ocasionando atrasos nos pagamentos dos compromissos do INAS e insegurança junto aos seus fornecedores.

Essa necessidade, conforme apurado após consultas realizadas no Portal da Transparência do GDF, girava em torno de R\$ 15 milhões por mês, no ano de 2024. Ocasionalmente uma necessidade anual, na ordem de R\$ 200 milhões de aporte financeiro a ser repassado pelo Governo.

Isso já era de certa forma previsto, pois a cada aumento do número de servidores que aderem ao Plano a equação desajusta e tende a ficar pior. Conforme verificado na prática, no ano de 2021, quando as adesões ainda eram baixas, na ordem de 21 mil beneficiários, e o INAS teve superávit financeiro. Com o crescimento das adesões, o superávit do ano de 2021 virou sucessivos déficits.

Diante disso, e por constar em sua Lei de criação, que o valor de 1,5% a ser aportado pelo GDF era apenas uma previsão mínima e que poderia ser alterada até mesmo por Decreto do Executivo, conforme abaixo, foi diagnosticado pelo INAS que o valor ideal seria de 2% do total da folha bruta, conforme documentação que consta em processo, exposição de motivos:

“Art. 21. A contribuição mensal para o GDF-SAÚDE-DF corresponderá ao percentual de 4% (quatro por cento) para o beneficiário titular, calculado sobre a sua remuneração bruta e de 1% (um por cento) para cada dependente, cabendo ao Governo do Distrito Federal efetuar aporte mensal de, no mínimo, 1,5% (um e meio por cento) calculado sobre o valor mensal total da folha de pagamento de seus servidores.

§ 1º Ato do Poder Executivo poderá fixar valores mínimos ou máximos de contribuição por beneficiário titular, com base em deliberação do Conselho de Administração. (Legislação Correlata - Decreto 27232 de 11/09/2006)

§ 2º Os percentuais a que se refere o caput poderão ser revistos, anualmente, de acordo com cálculos atuariais, por meio de ato do Poder Executivo, de acordo com proposta do Conselho de Administração. (...)”

Este ajuste representaria um acréscimo financeiro nas contas do INAS em R\$ 16 milhões por mês. Valor este suficiente, pelo menos por enquanto, para cobrir o déficit médio de R\$ 15 milhões por mês.

Assim, iniciaram as interlocuções do Instituto e o GDF para solucionar o déficit, com isso foi publicada a Portaria nº 127, de 13 de dezembro de 2024, com intuito de aumentar os limites dos pagamentos dos beneficiários:

“(…) Art. 74. O valor da mensalidade do beneficiário titular será de 4% (quatro por cento) calculado sobre a remuneração bruta do servidor ou empregado público, nos termos da Lei Complementar nº 840, de 2011, observados:

I - o valor mínimo de R\$ 535,00 (quinhentos e trinta e cinco reais); e

II - o valor máximo de R\$ 1.430,00 (um mil, quatrocentos e trinta reais).

Parágrafo único. A mensalidade será cobrada de forma antecipada proporcionalmente ao número de dias em que o beneficiário estiver inscrito no Plano.

(…)

Art. 77. O valor da mensalidade para cada beneficiário dependente inscrito no GDF SAÚDE será de:

I - R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) para beneficiários com idade até 24 anos;

- II - R\$ 370,00 (trezentos e setenta reais) para beneficiários com idade entre 25 e 38 anos;
- III - R\$ 490,00 (quatrocentos e noventa reais) para beneficiários com idade entre 39 e 48 anos;
- IV - R\$ 590,00 (quinhentos e noventa reais) para beneficiários com idade entre 49 e 53 anos;
- V - R\$ 670,00 (seiscentos e setenta reais) para beneficiários com idade entre 54 e 58 anos; e
- VI - R\$ 710,00 (setecentos e dez reais) para beneficiários com idade a partir de 59 anos. ”

Posteriormente, foi editado o Decreto nº 46.940, de 11 de março de 2025, alterando o percentual mínimo de aporte mensal do GDF:

“O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 100, incisos VII e X, da Lei Orgânica do Distrito Federal, e tendo em vista o disposto no art. 21 da Lei nº 3.831 de 14 de março de 2006, DECRETA:

Art. 1º Estabelecer em 2,0% (dois por cento) o aporte mensal do Governo do Distrito Federal para o Plano de Assistência Suplementar à Saúde - GDF SAÚDE.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

”



5

5

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO GERAL DOS RESULTADOS

Toda a parte de referencial teórico seguiu uma lógica para se chegar à base conceitual e documental para a tomada de decisão em Assistência à Saúde Suplementar para servidores do GDF. Passando pela decisão ampla em saúde, planos de saúde, poder público, até chegar no tópico 4 (quatro) que buscou trazer as evidências e achados em relação à tomada de decisão do gestor responsável no GDF em diferentes momentos e governantes.

Assim, o Tópico 2 nos trouxe obras e autores que lidam com o processo decisório em políticas de saúde de uma forma geral, buscando analisar a rede de atores, os mecanismos, influências e arranjos institucionais que influenciam a tomada de decisão. E as possibilidades de interação entre técnicos, gestores, políticos e representantes da sociedade civil no processo. Apresentando como esses elementos se relacionam e impactam as decisões em saúde, superando os desafios impostos por incertezas e limitações de recursos.

Já o Tópico 3, investigou os impactos do crescimento dos planos privados de saúde sobre o SUS e a população que dele depende integralmente. Analisando como o subsídio estatal a esses planos contribui para a fragmentação do sistema e aprofunda as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A discussão abrange também a potencialidade da integração entre os sistemas público e privado e a importância da governança em todos os procedimentos para mitigar as disparidades resultantes da coexistência desses dois modelos. Apresentando as formas de Autogestão e de reembolso como possibilidades do Estado oferecer Assistência à Saúde para seus servidores.

E no Tópico 4, em que é apresentada a documentação obtida nas buscas referentes ao Plano GDF SAÚDE, o estudo de caso em si. Trouxe os principais achados na pesquisa que de certa forma tiveram peso na decisão de como seria o escopo do Plano e seu arcabouço legal.

Considerando o objetivo de analisar a motivação para a tomada de decisão de implantação do atual GDF SAÚDE, com suas formas peculiares de arrecadação, percorrendo o caminho de investigar os

motivos da escolha pelo modelo de financiamento, bem como apurar seus desdobramentos, do ponto de vista financeiro, após sua criação, este capítulo serve à apresentação dos resultados obtidos, e está estruturado em 3 (três) seções: i) embasamento para a tomada de decisão do GDF; ii) relevância dos demais entes da Federação na decisão; iii) readequações nas bases de cálculo após a criação do INAS;

5.1 EMBASAMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO DO GDF

Diversos fatores podem influenciar a tomada de decisão em saúde pública, sendo que a evidência científica, a pressão política e a opinião pública são alguns dos mais significativos. A disponibilidade de dados confiáveis e atualizados é fundamental para orientar as decisões, mas muitas vezes a política pode sobrepor-se à ciência, especialmente em contextos de crise ou quando há interesses políticos e econômicos em jogo. A mobilização da sociedade civil e a capacidade de articulação também desempenham um papel importante, uma vez que podem pressionar os tomadores de decisão a considerar as necessidades da população.

As decisões em saúde pública geralmente seguem um processo burocrático que envolve a coleta de dados, análise de evidências, formulação de propostas e deliberação. Esse processo pode ser influenciado por diretrizes e normas estabelecidas por órgãos reguladores e instituições de saúde, que orientam a tomada de decisão. Além disso, as decisões podem ser afetadas por pressões políticas e pela necessidade de atender às demandas da população em momentos críticos, como epidemias ou crises de saúde.

Portanto, não foram observados, quando da tomada de decisão para criação do INAS, pontos já destacados academicamente de como deve ser pautada uma decisão em saúde suplementar, conforme pondera Flexa (2018): “A complexidade do processo decisório em sistemas de saúde é ampliada dado o envolvimento de um grande número de atores, de diversas naturezas (técnicos, gestores, políticos, agentes sociais), em diferentes níveis de atuação, com diferentes objetivos ou entendimentos sobre qual a melhor solução para um problema estabelecido.”

Em suma, a tomada de decisão em saúde pública é um processo complexo e multifacetado, que idealmente deveria ser baseado em

evidências científicas e análises de custo-benefício. No entanto, na prática, esse processo é frequentemente influenciado por incertezas, limitações de recursos, pressões políticas e valores sociais.

Como pode ser percebido no caso do GDF, a única base utilizada para a questão de aferição de receitas, foi por meio de adaptação de leis já publicadas no Estados de Goiás, Tocantins e Bahia. Não houve estudo mais preciso que indicasse a sustentabilidade dos valores cobrados dos beneficiários e nem tampouco da participação do GDF, percentual da folha total de servidores.

5.2 RELEVÂNCIA DOS DEMAIS ENTES DA FEDERAÇÃO, QUE UTILIZAM A AUTOGESTÃO, NA DECISÃO

A análise das legislações que instituem os sistemas de assistência à saúde dos servidores públicos nos estados de Goiás, Tocantins, Bahia e no Distrito Federal revela convergências significativas no que se refere às formas de arrecadação de receitas, com poucas diferenças estruturais, fruto de particularidades administrativas e políticas de cada unidade federativa.

O ponto chave é que todas as demais legislações foram publicadas anteriormente à Lei de Criação do INAS, o que sugere que tenha sido um modelo copiado, com poucas adaptações à realidade do GDF. A Falta de memória de cálculo e demais estudos que embasaram as decisões só confirmam essa tese.

Na documentação levantada para este estudo de caso não constam referências explícitas dos gestores do GDF quanto a um possível Benchmark realizado em outros Estados. Isso indica que não foi feita uma análise, nem se procurou saber dos motivos que levaram as outras Unidades a adotarem estas formas de arrecadação.

5.2.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR NO ESTADO DA BAHIA, TOCANTINS E GOIÁS

Observa-se, nos três modelos apresentados, como ponto comum a contribuição direta dos servidores, geralmente calculada com base em um percentual da remuneração. Apresentam divergência apenas na cobrança diferenciada por dependentes.

Quadro 1 – Comparativo Planos de Assistência à Saúde Suplementar

Estado/Lei inicial	Artigos Analisados	Fontes de Receita / Contribuições
Goiás – Lei nº 14.081/2002 (IPASGO)	Art. 16 e 19	Contribuição dos segurados com base em percentual da remuneração (6% para o titular, incluindo os dependentes diretos); Aporte do Estado (não há percentual fixo)
Tocantins – Lei nº 1.424/2003 (PLANSAÚDE)	Art. 12 e 16	Contribuição dos segurados com base em percentual da remuneração (4% para o titular); Valor percentual para dependentes diretos (2%); Aporte do Estado (não há percentual fixo)
Bahia – Lei nº 9.528/2005 (PLANSERV)	Art. 10 e 12	Contribuição dos segurados com base em percentual da remuneração (5% para o titular); Valor fixo por dependente (R\$ 4,00, até 4 dependentes); Aporte do Estado (até 5% da folha de pagamento total)
Distrito Federal – Lei nº 3.831/2006 (INAS)	Art. 20 e 21	Contribuição dos segurados com base em percentual da remuneração (4% para o titular); Valor percentual para o dependente (1% por dependente); Aporte do Estado (no mínimo de 1,5% da folha de pagamento total)

Fonte: Elaboração própria, com informações obtidas por meio das legislações citadas

Percebe-se que as tomadas de decisão, ao verificarmos a razoabilidade da exposição de motivos, bem como a similaridade da legislação com os demais entes que tinham lançado ou estavam para lançar plano de autogestão, foi quase que totalmente baseada em copiar as legislações aplicadas. Aparentemente, não houve estudo técnico capaz de prever que o Plano não seria sustentável na medida que novas adesões iriam gerar descompasso na arrecadação, por exemplo.

5.2.2 ESCOLHA ENTRE AUTOGESTÃO E REEMBOLSO

Entre as vantagens do Reembolso, destacam-se a maior simplicidade administrativa para o ente público, que se vê livre da

gestão de um plano de saúde, e a maior flexibilidade para os servidores, que podem escolher o plano que melhor se adapta às suas necessidades e orçamento.

Além disso, o risco de aumento nos custos com saúde é transferido para os servidores, aliviando a pressão sobre os orçamentos públicos, uma vez que são fixadas tabelas com valores máximos para ressarcimento, de acordo com as idades, por exemplo.

Já com a Autogestão, entre as vantagens destaca-se a maior flexibilidade na escolha de coberturas e serviços, permitindo ao ente público negociar diretamente com operadoras e obter melhores condições para seus servidores. Além disso, a autogestão proporciona um maior controle sobre os custos, possibilitando a implementação de medidas para otimizar os gastos com saúde, como a negociação de preços.

No entanto, a autogestão também apresenta desvantagens, devido a maior complexidade administrativa, exigindo expertise e recursos específicos para a gestão do plano. Além disso, há risco de aumento nos custos se a gestão não for eficiente, e a dificuldade em lidar com casos de alta sinistralidade pode representar desafio para o ente.

Em suma, o modelo ideal dependerá dos objetivos institucionais do Estado: se busca gestão integrada da saúde, com foco em prevenção e equidade, a autogestão é mais apropriada. Se prioriza simplicidade administrativa e autonomia individual, o reembolso pode parecer mais viável. Cabe ao gestor público ponderar essas variáveis com base em estudos de viabilidade técnica, impacto orçamentário e avaliação da demanda.

Quadro 2 – Comparativo entre Plano de Autogestão ou Reembolso ao Servidor

Critério	Plano de Autogestão (Instituto Próprio)	Modalidade de Reembolso (Mercado Privado)
Gestão e Controle	Administração direta pelo governo via instituto próprio	Gestão terceirizada pelo servidor

Finalidade	Sem fins lucrativos com foco assistencial e prevenção	Fins lucrativos sujeito às regras de mercado
Custo para o servidor	Mensalidade fixa ou proporcional à remuneração com coparticipação	Pagamento integral do plano com possibilidade de reembolso parcial
Custo para o governo	Investimento direto na estrutura e subsídio parcial do plano	Gasto indireto via reembolso com teto por faixa etária ou cargo
Rede de atendimento	Rede credenciada definida pelo instituto com possibilidade de personalização	Rede definida pela operadora privada escolhida pelo servidor
Flexibilidade de escolha	Menor flexibilidade com foco em qualidade e prevenção	Maior liberdade de escolha de plano e prestadores
Transparência e participação	Possibilidade de participação dos servidores na gestão e fiscalização do plano	Sem participação na gestão do plano privado
Eficiência administrativa	Requer estrutura técnica e gestão qualificada	Menor carga administrativa para o governo
Risco financeiro	Risco compartilhado entre governo e servidores com maior previsibilidade	Risco individual do servidor sujeito a variações e reajustes
Cobertura assistencial	Pode ser ampliada conforme perfil epidemiológico dos servidores	Limitada ao contrato firmado com a operadora privada
Sustentabilidade de longo prazo	Depende de equilíbrio atuarial e gestão eficiente	Depende da capacidade de pagamento do servidor e da política de reembolso

Fonte: Elaboração Própria

Pelos dados levantados junto ao INAS e documentação encaminhada para CLDF, visando aprovação do projeto de Lei, não foram realizados estudos e cálculos de qual forma – autogestão ou reembolso- seria mais vantajosa para o Estado, em termos financeiros. Ressalta-se que este deveria ser o primeiro estudo a ser realizado, principalmente, por ser o mais utilizado pelos demais entes da Federação e, inclusive, por outros órgãos e empresas públicas do GDF.

5.3 READEQUAÇÕES NAS BASES DE CÁLCULO APÓS A CRIAÇÃO DO INAS.

Conforme verificado, a falta de estudos técnicos, quando da implantação do INAS, bem como a não adaptação para a realidade do GDF, culminaram em um Plano que não se mostrou sustentável já nos primeiros anos de atividade, devido, principalmente, à sua forma de aferir receitas. O mercado de planos de Saúde, por si só, já exige cuidados e atenção. E, se agrava mais ainda quando envolve recursos públicos e autogestão, **conforme pontua em sua obra Vilar (2007):**

Essa realidade aponta para uma necessidade imperativa das operadoras, que consiste em desenvolver mecanismos eficientes de gestão para torná-las mais competitivas, visando o enfrentamento de uma tendência natural, que é a elevação dos custos despendidos pela população assistida. O cenário é, portanto, bastante favorável para a consolidação de boas práticas de governança corporativa no setor de saúde suplementar, garantindo às operadoras a adesão a padrões de conduta superiores aos exigidos pela lei, e já existe essa preocupação no setor, embora os resultados ainda sejam considerados tênues.

Diante disso, foi necessário ao GDF, após três anos com o Plano em vigor, repensar e alterar as formas de aferir receitas para o INAS. Uma das frentes buscou readequar os valores de contribuição dos beneficiários, ficando mais próximo dos valores de mercado, embora não tenha sido alterada a referência para passara a ser levada em consideração a idade do servidor, permanecendo como um percentual sobre seu rendimento mensal. Mas, já serviu para aumentar a base de arrecadação do Plano.

Outro decreto distrital veio para aumentar para 2%, sobre a folha salarial dos servidores, o percentual de contribuição do GDF para o Instituto, que até então, vinha sendo praticado o percentual de 1,5% sobre a folha. Como estava na legislação desde 2006 e, como vimos, para definir este valor, não foram realizados estudos suficientes à época, capaz de justificar a definição da base.

Já na solicitação do Instituto para que o GDF aumentasse o percentual para 2%, foi fundamentada nos déficits que vinham sendo apresentados, e que, o referido aumento já seria suficiente para equalizar as contas, pelo menos no curto e médio prazo. Conforme

exposição de motivos apresentada ao GDF, relatada no item 4.2.4 deste estudo de caso.

Quadro 3 – Comparativo entre valores de contribuição do servidor		
Categoria	2020 – Implantação	2025 – Configuração Atual
Titular – Desconto	4% do salário bruto	4% do salário bruto
Titular – Valor Mínimo	R\$ 400,00	R\$ 535,00
Titular – Valor Máximo	R\$ 1.000,00	R\$ 1.430,00
Dependentes – Ativos	R\$ 200,00 (mínimo) / R\$ 300,00 (máximo)	Faixa etária definida (veja abaixo)
Dependentes – Inativos	R\$ 400,00 (valor fixo)	Faixa etária definida (veja abaixo)
Até 24 anos	Não diferenciado	R\$ 240,00
25 a 38 anos	Não diferenciado	R\$ 370,00
39 a 48 anos	Não diferenciado	R\$ 490,00
49 a 53 anos	Não diferenciado	R\$ 590,00
54 a 58 anos	Não diferenciado	R\$ 670,00
59 anos ou mais	Não diferenciado	R\$ 710,00

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Portarias INAS nº06/2020 e 127/2024 .



6

6

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi apurado por meio da revisão bibliográfica, que buscou trazer todos os cuidados e evidenciações que todo gestor deve levar em consideração ao tomar uma decisão em saúde, além de buscar a governança e transparência, ouvir a área técnica, com embasamento teórico e prático, conclui-se que a motivação principal que levou o gestor do GDF, à época da edição da Lei, quanto às formas de aferir receitas do Plano foi a edição de leis similares em outros Estados. Não houve estudo que trouxesse os dados para a realidade do GDF, criando distorções já no primeiro ano de sua entrada em operação.

Ao invés de apresentar estudos na exposição de motivos encaminhada à CLDF, quando da edição da Lei de Criação, enviaram apenas a seguinte justificativa para o projeto:

“Indiretamente, pode-se dizer que aumentando o bem-estar e diminuindo o absenteísmo dos servidores que prestam atendimento direto à população, pode de alguma forma beneficiar os cidadãos. Além de desafogar as filas no SUS dos hospitais do DF, para aqueles não contemplados por planos de saúde.”

Também não foram realizados estudos técnicos ou cálculos financeiros que indicassem qual modelo seria mais vantajoso para o Estado, em relação à autogestão ou reembolso. Esta análise deveria constituir a etapa inicial do processo, especialmente considerando ser o reembolso uma alternativa amplamente adotada por entes da Federação, além de órgãos e empresas públicas vinculadas ao Governo do Distrito Federal.

Corroborando com o que fora visto na revisão de bibliografia, conforme Santos et al (2015), afirmando que a priorização de questões eleitorais em detrimento das evidências científicas na tomada de decisões acontece porque o estudo científico é visto como apenas um fator entre vários outros considerados legítimos, como as demandas sociais, político-eleitorais e econômicas.

Porém, dada a inércia que persistiu, após a publicação da legislação, sugere-se que as pautas prioritárias dos governantes seguintes não abrangiam a Assistência à Saúde Suplementar para o servidor. Pois, passaram três mandatos de governadores eleitos no GDF para só então o quarto governador tomar a decisão e colocar o Plano em ação. Até mesmo a pressão dos servidores, por meio de seus sindicatos, não permaneceu forte como fora para solicitar a edição da Lei de criação.

Embora a estrutura atual, após a readequação das bases de cálculos das receitas, represente avanços técnicos e administrativos, a ausência de estudos comparativos prévios sobre os impactos financeiros das diferentes alternativas — conforme apontado em documentos encaminhados à CLDF — limita a transparência da decisão política. Uma política de assistência em saúde suplementar bem fundamentada exige análises atuariais, projeções de impacto orçamentário e simulações de viabilidade, o que, segundo os registros, não foi plenamente conduzido antes da implementação definitiva.

Verifica-se a importância dos resultados obtidos por esta pesquisa, por apresentar que requisitos essenciais para a tomada de decisão não foram observados e isso culminou em necessidade de alterações emergenciais, sob pena de inviabilidade do Plano, com prejuízo não só para os usuários, como para toda a população do GDF, tendo em vista tratar-se de recurso público ali empregado.

Pode-se dizer que não foi possível detalhar com mais profundidade algumas partes cruciais que devem ser consideradas em uma tomada de decisão, tais como memória de cálculo, atas de reuniões com os atores envolvidos, dentre outros documentos, devido à falta de documentação e, muito provavelmente, por não terem sido realizados estudos aprofundados a respeito do tema. Se houvesse, estariam compondo a exposição de motivos encaminhada junto com a justificativa e o pedido para aprovação do Projeto de Lei. Estes foram os limitadores que impossibilitaram de que o trabalho pudesse aprofundar mais na base de pesquisa.

Ainda assim, tais limitações não comprometem a validade interna da pesquisa, desde que haja transparência metodológica e rigor na análise dos dados, conforme orientações de Yin (2001).

Reforça-se que não foi objetivo e nem intuito deste trabalho adentrar nas questões relacionadas às despesas operacionais do INAS, apenas no que diz respeito às formas de arrecadação daquele Instituto.

Com base em tudo que fora dito, deixa-se aqui duas propostas de continuidade de estudo que contribuirá ainda mais para os entes públicos: analisar sobre os aspectos financeiros, quais seriam os percentuais ideais a se cobrar do servidor ou até mesmo por faixa etária; e qual seria a melhor forma do Estado complementar os custos, definindo um percentual fixo ou incluindo orçamento no PLOA com base na projeção de despesa do Instituto.

Uma outra proposta seria analisar a melhor forma de ofertar plano de Saúde para os servidores públicos. Isto é, analisar qual alternativa de financiamento poderá ser mais sustentável para o ente: por meio da autogestão, forma direta, nos moldes do INAS, ou pela forma indireta, por meio do Reembolso para os servidores, como já é adotado por diversos entes públicos, inclusive por empresas dependentes do GDF, o Detran-DF, dentre outros.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006. Cria o Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS, e dá outras providências.

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO. Sistema Integrado de Administração Contábil - SIAC/SIGGO. Acessado em 14/09/2023.

CONTROLADORIA-GERAL DO DISTRITO FEDERAL. Receitas por Órgão: Banco de dados. Disponível em: <<https://www.transparencia.df.gov.br/#/receitas/por-orgao>>. Acesso em 14/09/2023.

CONTROLADORIA-GERAL DO DISTRITO FEDERAL. Despesas por Órgão: Banco de dados. Disponível em: <<https://www.transparencia.df.gov.br/#/despesas/orgao>>. Acesso em 14/09/2023.

INAS. Portaria nº 102, de 11 de agosto de 2023. Fixa valores de contribuição mensal dos beneficiários do Plano de Assistência Suplementar à Saúde - GDF SAÚDE.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Göttems L, Almeida M, Raggio A, et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019.

Sá, E. B. de. (2018). O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível. In *Nota Técnica / IPEA*. Disoc.

De Almeida, D. C. R., & Guerra, L. (2019). Custos e formação de preços nas operadoras de planos de saúde no Brasil. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care* | ISSN 2179-6750, 11. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v11isup.935>

Faheina, E., Ferreira, C., Regina, F., Matos, N., Matos, D. M., Clara, M., Bugarim, C., & Machado, D. D. Q. (2015). Governança Corporativa na

Saúde Suplementar: Estudo de Caso em uma Operadora de Plano de Saúde. *Pensamento & Realidade*, 29(3).

Bueno, R. E., Moysés, S. T., Bueno, P. A. R., & Moysés, S. J. (2013). Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 34(6).

Oliveira, J. A. D. de, Ribeiro, J. M., Emmerick, I. C. M., & Luiza, V. L. (2020). Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10). <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.15562018>

Leonetti, G. R., & Cazzari, R. B. (2022). Planos de saúde por acumulação: viabilidade e fatores de impacto. *Estudos Econômicos*, 52(3), 533–570. <https://doi.org/10.1590/1980-53575233glrc>

Yin, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos* / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre: Bookman, 2001.

Bacha, M. de L., Santos, J., & Schaun, A. (2010). Considerações Teóricas sobre o conceito de sustentabilidade. *Considerações Teóricas Sobre o Conceito de Sustentabilidade*.

<https://www.gdfsau.de.gov.br/>

DISTRITO FEDERAL. DECRETO Nº 27.231, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006. Aprova o Regulamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde do Distrito Federal, GDF SAÚDE.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Escola De Administração, Núcleo De Pós-Graduação Em Administração-Npqa, Mestrado Profissional Em Administração-Mpa, Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio, *Gestão De Um Plano De Saúde Pelo Poder Público: Análise Na Perspectiva Do Cumprimento Do Princípio Constitucional Da Universalidade*. (2012).

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 61, p.177 a 190, Jun/ 2006.

SEGRE, Marco, e FERRAZ, Flávio C. O conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n. 5 pp. 538-542, out. 1997.

Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais* 2009; 1(1):1-15.

MARCHAND, M.; SCHROYEN, F. Can a Mixed Health Care System be Desirable on Equity Grounds? *Scand. J. of Economics* 107(1), 1–23, 2005

UNIDAS UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. Estatuto Social. São Paulo: UNIDAS, 1992.

CECHIN, J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, 2008.

MENDES, E. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores devem saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

VILAR, J. Governança Corporativa em saúde: uma receita de qualidade para as empresas do setor. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

Schiozer Rafael Felipe, Saito Cristiana Checchia, Saito Richard. Financial health and customer satisfaction in private health care providers in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011

Malta, D. C., & Jorge, A. de O. (2008). Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5). <https://doi.org/10.1590/s1413-81232008000500018>

VARELLA, D.; CESCHIN, M. A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil. São Paulo: Paralela, 2014.

BAPTISTA, Gustavo Camilo. Análise de políticas públicas, subjetividade e poder: matrizes. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 45-67, 2012.

CARVALHO, Osvaldo Ferreira de. As políticas públicas como concretização dos direitos sociais. *Revista de Investigações Constitucionais*, Faculdade Estácio de Sá de Goiás, 2019.

Lima, L. L., D'Ascenzi, L., Lui, L. & Aguiar, R. B. (2021). Políticas públicas e desenvolvimento: uma proposta de modelo de análise. *urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, v.13, e20210048. <https://doi.org/10.1590/2175-3369.013.e20210048>

MENICUCCI, TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320 p. ISBN 978-85-7541-356-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

TESSER, Charles Dalcanale; SERAPIONI, Mauro. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232021266.22602019.

BAHIA, Ligia. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, maio-ago. 2005.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde...” ou será o contrário? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 11-20, jan./mar. 2012.

OLARIU, A. A. et al. Decision-Making in Healthcare: A Bibliometric Exploration., 2024. DOI: 10.2478/picbe-2024-0264.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, 2018.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo et al. Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24; 2019.

KILSZTAJN, Samuel; CÂMARA, Marcelo Bozzini da; CARMO, Manuela Santos Nunes do. Gasto privado com saúde por classes de renda. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 258-262, 2002.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? *Revista de Economia Contemp.* Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157; 2006.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira et al. Utilização do sistema público de saúde brasileiro por usuários com planos de saúde privados: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00004118, 2019.

COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24; 2019.

RIANI COSTA, Danielle Conte Alves; BAHIA, Ligia. Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, e00000122, 2022.

SUN, Yu. Research and Analysis on the Evolution and Development Dilemma of Emergent Public Health Governance in the United States. *Academic Journal of Humanities & Social Sciences*, v. 5, n. 18, p. 33-39, 2022. DOI: 10.25236/AJHSS.2022.051806.

RIANI COSTA, Danielle Conte Alves et al. Crise econômica e disparidades no gasto, oferta e utilização de serviços públicos e privados de saúde no Brasil no período entre 2011 e 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, e00262221, 2022.

NASEER, Shaheen. The Policy Choices of Bureaucrats: An institutional analysis. 2018. Tese (Doutorado em Direito e Economia) – European Doctorate in Law and Economics Programme, 2018

WEALE, Albert et al. Introduction: priority setting, equitable access and public involvement in health care. *Journal of Health Organization and Management*, 2016.

ISKROV, Georgi; STEFANOV, Rumen. Criteria for Drug Reimbursement Decision-Making: An Emerging Public Health Challenge in Bulgaria., Plovdiv, 2016.

BROWNSON, Ross C.; FIELDING, Jonathan E.; MAYLAHN, Christopher M. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, v. 30, p. 175-201, 2009.

FLEXA, Raquel. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão da literatura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 3, jul./set. 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902018170509.

COHN, Amélia; WESTPHAL, Márcia Faria; ELIAS, Paulo Eduardo. Informação e decisão política em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, jan. 2005.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004.

SANTOS, Francisco de Assis et al. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, out./dez. 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

ALMEIDA, André Graf de; BORBA, José Alonso; FLORES, Luiz Carlos da Silva. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, jun. 2009.

ORTON, Lois et al. *The Use of Research Evidence in Public Health Decision Making Processes: Systematic Review*, Liverpool, 2011.

BASDEKIS, Ioannis et al. *Evidence Based Public Health Policy Making: Tool Support*. 2019.- City, University of London, Londres, 2019.

PRASINOS, Marios et al. *A Modelling Framework for Evidence-based Public Health Policy Making*. JBHI-00622-2021.R1].

MOUTSELOS, Konstantinos; MAGLOGIANNIS, Ilias. Evidence-based Public Health Policy Models Development and Evaluation using Big Data Analytics and Web Technologies. *Medical Archives*, Sarajevo, v. 74, n. 1, p. 47-53, fev. 2020. DOI: 10.5455/medarh.2020.74.47-53.

FREEBAIRN, Louise et al. *Decision makers' experience of participatory dynamic simulation modelling: Methods for public health policy*. The University of Notre Dame Australia, 2018.

MACKENBACH, Johan P. Political determinants of health. *European Journal of Public Health*, v. 24, n. 1, 2014

ADYAS, Atikah; ALAMIN, Ahmad Jet; THABRANY, Hasbullah. Including the Private Sector to Achieve Universal Health Coverage. In: *Health Insurance Across Worldwide Health Systems*; DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1002874>;

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

SCHIOZER, Rafael Felipe; SAITO, Cristiana Checchia; SAITO, Richard. Financial health and customer satisfaction in private health care providers in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2175-2187, nov. 2011.

CAMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL:
<https://www.cl.df.gov.br/web/guest/inicio>

PLANSERV BAHIA :
<https://planserv.ba.gov.br/planserv/institucional/legislacao>

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE TOCANTINS :
<https://www.al.to.leg.br/arquivos/24722.pdf#:~:text=LEI%20N%C2%B0%201.424%2C%20DE,Sa%C3%BAde%2C%20e%20adota%20outras%20provid%C3%AAs>.

IPASGO – Estado de Goiás : <https://goias.gov.br/procon/lei-estadual-14-081-26-02-02-ipasgo/>

NEVES, Marcos Vieira Baeta. Obstáculos à elaboração do termo de ajustamento de conduta na agência nacional de telecomunicações – Anatel estudo de caso do TAC da telefônica. 2018. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) – IDP, Brasília, 2021.

YIN, Robert K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

LÖSCH, S.; RAMBO, C. A.; FERREIRA, J. L. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 18, n. 00, p. e023141, 2023.



idp

Bo
pro
cit
ref
Ness
são e

idp

A ESCOLHA QUE
TRANSFORMA
O SEU CONHECIMENTO