

Ana Luisa Pereira Agudo Romão¹

Maria Paula Dallari Bucci¹

Frederico Haddad¹

O PROJETO DOS PLANOS DE SAÚDE ACESSÍVEIS: PREJUÍZO PARA BENEFICIÁRIOS E PARA O SISTEMA PÚBLICO

*The Accessible Health Insurance Bill: Harm to
beneficiaries and the public system*

¹Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito. São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência: Ana Luisa Pereira Agudo Romão. *E-mail*: ana.romao@usp.br

Recebido: 06/05/2020. Revisado: 26/01/2021. Nova revisão: 04/02/2021.
Aprovado: 11/02/2021.

RESUMO

O presente trabalho analisou, sob a perspectiva econômica da concretização do direito à saúde, o Projeto de Lei dos Planos de Saúde Acessíveis (PL n. 7.419/2006), apensado ao projeto geral de reforma da Lei n. 9.656/1998, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2016 e atualmente em tramitação na Câmara dos Deputados. Para isso, os documentos oficiais da proposta foram analisados à luz de suas justificativas econômicas e da amplitude do acesso a serviços. As principais diretrizes do projeto, destacando-se os novos modelos de planos, evidenciam a criação de entraves burocráticos à realização de procedimentos, além da flexibilização do rol de cobertura dos planos de acordo com a infraestrutura local, em desacordo com a cobertura mínima prevista na regulação atual. A proposta favorece economicamente as operadoras de planos de saúde ao estabelecer a coparticipação de 50% e o reajuste conforme tabela de custos. Além disso, na prática, o projeto apresenta um duplo prejuízo: ao beneficiário, que arca com os custos do plano e, no momento de maior necessidade, de procedimentos de urgência ou de maior complexidade por não estar amparado pela cobertura; e ao sistema público, que deve suprir as deficiências da cobertura privada, o que, em um momento de maior demanda e recursos limitados, pode levá-lo à sobrecarga.

Palavras-Chave: Direito à Saúde; Projeto de Planos de Saúde Acessíveis; Saúde Suplementar; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present work analyzed, from the economic perspective of the realization of the right to health, the Accessible Health Insurance Bill (PL No. 7,419/2006), attached to the general project of reform of Law No. 9,656/1998, developed by the Ministry of Health in 2016 and currently being processed in the Chamber of Deputies. For this, the official documents of the proposal were analyzed in light of its economic justifications and the scope of access to services. The main guidelines of the project, highlighting the new models of plans, show the creation of bureaucratic obstacles to the performance of procedures, in addition to the flexibility of the coverage list of the plans according to the local infrastructure, in disagreement with the minimum coverage in the current regulation. The proposal economically favors the health insurance companies by establishing the 50% coparticipation and adjustment according to the cost table. Moreover, in practice, the project presents a double loss: to the beneficiary, who bears plan costs and, at the moment of greatest need, emergency procedures or of greater complexity, because he is not protected by the coverage; and to the public system, which must supply the deficiencies of private coverage, which, at a time of greater demand and limited resources, can lead to overload.

Keywords: Right to Health; Accessible Health Insurance Bill; Supplementary Health; Brazilian Public Health System.

Introdução

A saúde suplementar no Brasil é regulada pela Lei Federal n. 9.656/1998¹ e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), marcos do estabelecimento das regras básicas de funcionamento do setor. Nos últimos anos, porém, um movimento de reforma normativa tem sido encabeçado por agentes econômicos do setor de operadoras de planos de saúde (OPS) – organizados em entidades de autogestão, medicina de grupo, seguradoras e cooperativas – convencidos de que o sistema vigente foi incapaz de gerenciar problemas característicos do setor, como a questão do risco moral e da seleção adversa.

O mercado da saúde suplementar apresenta formas específicas de assimetria de informação: de um lado, o beneficiário não detém conhecimento suficiente para determinar a necessidade de um tratamento prescrito pelo profissional nem para avaliar a proporcionalidade dos custos apresentados; de outro, as OPS não possuem informações exatas acerca da real condição de saúde de seus beneficiários, que podem omitir dados de sua condição de saúde a fim de reduzir o valor do prêmio. Em um mercado regulado em que não se permite discriminação entre indivíduos, a fim de garantir acesso mais igualitário ao serviço, é compreensível que a OPS cobre um valor médio mais elevado para cobrir possíveis sinistros não conhecidos, levando à situação de que apenas os indivíduos com maior risco adquiram o seguro – o que caracteriza a seleção adversa. Além disso, a sobreutilização dos recursos é estimulada pelos prestadores em função do atual modelo de remuneração (*fee for service*²), o que conflita com os interesses das OPS, responsáveis por arcar com os custos e que, por sua vez, buscam incorporar esses custos no preço do prêmio, sem considerar o comportamento dos beneficiários (se cuidam ou não de sua saúde) – gerando o chamado risco moral. Além de aumentar os custos, isso dificulta a convergência de interesses entre OPS e prestadores, dificultando o aprimoramento dos tratamentos segundo a perspectiva de custo-efetividade. Dessa forma, em alguns casos a regulação do mercado torna-se não só ineficiente, como também prejudicial aos agentes³.

¹BRASIL. *Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 29 set. 2021.

²O modelo *fee for service* – pagamento por serviço – pressupõe a existência de uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado, cuja remuneração se dá pela soma total de cada um desses procedimentos ou itens utilizados pelo profissional (por exemplo materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, tais como exames complementares). AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor*. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

³NUNES, André; ALMEIDA, Alexandre Nascimento de; SILVA JÚNIOR, Luiz Honorato da. As imperfeições do mercado de saúde: revisitando o marco teórico da economia da saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 9, n. 1, jan. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10443/9204>. Acesso em: 21 nov. 2019.

Do lado do consumidor, a atividade da ANS tem-se mostrado pouco efetiva em conter a tendência de concentração vertical e horizontal entre as OPS⁴. Ao contrário de outras áreas, o setor de saúde apresenta demandas inelásticas, sendo a demanda orientada pela oferta, o que no Brasil estruturou-se em um sistema inclinado ao oligopólio e com capacidade de impor o aumento dos prêmios, seja por meio de reajustes, seja pela pressão sobre profissionais e hospitais associados para que diminuam os custos.

Outro ponto peculiar do setor refere-se ao aumento incremental das despesas assistenciais. Diferentemente de outras áreas, a incorporação de novas tecnologias aos serviços prestados não tem valor de substituição de insumos defasados, mas, em muitos casos, se cumula aos procedimentos já existentes, gerando um aumento no número de procedimentos disponíveis, e, portanto, de gastos⁵. Além disso, muitos apontam para o alto grau de desperdício no uso de recursos com a prescrição de exames e tratamentos desnecessários, fator que afeta a sustentabilidade econômica da atividade⁶. Isso faz com que, por exemplo, a inflação médica seja significativamente maior do que a inflação média, o que é repassado aos consumidores por meio de reajustes no valor dos planos. Conforme a Resolução Normativa ANS n. 171/2008⁷, a agência determina o reajuste de planos apenas nas modalidades individual e familiar, sendo os planos empresariais e coletivos regulados pela livre pactuação entre as partes. A título comparativo, a taxa de reajuste desta última categoria em 2018 foi de 20%; com isso, a inflação específica relativa a planos de saúde foi de 11,17%, enquanto que, no mesmo período, o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) foi de 3,75%⁸.

Nesse sentido, a crise econômica que atingiu o país em 2016 agravou o problema, tendo em vista a queda no número de beneficiários dos planos médicos entre 2015 e 2017. A redução da massa de segurados teria elevado as despesas *per capita*

⁴OCKE-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400025>.

⁵VIANNA, Cid Manso de Mello; CAETANO, Rosângela. Avaliações econômicas como um instrumento no processo de incorporação tecnológica em saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 747-766, 2005. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2005_3/artigos/CSC_2005-3_cid.pdf.

⁶FENASAÚDE. *Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros*. 2019. Disponível em: <http://fenasaude.org.br/publicacoes/uma-nova-saude-suplementar-para-mais-brasileiros.html>. Acesso em: 28 jan. 2020.

⁷AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Resolução Normativa - RN n. 171, de 29 de abril de 2008*. Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI4NA==>. Acesso em: 29 set. 2021.

⁸INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Indicadores IBGE. *Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA e INPC*. Dez. 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/236/inpc_ipca_2018_dez.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

das OPS, pressionado o valor do tíquete médio dos planos de saúde e, com isso, dificultado ainda mais o acesso da população ao mercado de saúde suplementar⁹.

Diante desse cenário, ganharam força propostas de recuperação setorial inspiradas na expansão das chamadas clínicas populares¹⁰, que, em geral, visam à reformulação dos modelos oferecidos tanto pelo viés financeiro – por meio da liberalização das regras de reajuste e do compartilhamento de custos (a chamada coparticipação do beneficiário) – quanto pela segmentação da cobertura – por meio da criação de planos menos abrangentes, com coberturas restritas a categorias de serviços, levando-se inclusive à pressão por flexibilização do rol mínimo da ANS¹¹. Isso teria por objetivo criar planos individuais quase personalizados, em um regime paralelo ao imposto pela Lei n. 9.656/1998 e pela ANS, com consideráveis perdas à proteção dos beneficiários. Críticos às propostas têm denominado tais planos como “planos *pay per use*”¹², já que seu objetivo é atrair novos clientes com o aumento da oferta de planos de cobertura precária – sem oferecimento de serviços de maior complexidade (urgência, emergência, internações), que nos últimos tempos têm se mostrado essenciais em uma situação de aumento da demanda por emergências de saúde – sob a promessa de preços reduzidos.

Dentre essas, ganhou especial notoriedade o Projeto de Planos de Saúde Acessíveis, resultado de grupo de trabalho (GT) instituído pela Portaria n. 1.482/2016¹³ do Ministério da Saúde durante a gestão de Michel Temer na presidência da República. O presente trabalho buscou analisar a proposta como exemplo emblemático que reúne pautas comuns promovidas pelas OPS para mudanças do setor da saúde suplementar e seus possíveis impactos sobre a concretização do direito à saúde no Brasil caso fossem adotadas. Propôs-se o exame crítico das medidas a partir do recorte da economia da saúde a fim de verificar a suposta eficiência econômica que sustentara o lançamento do projeto e eventuais resultados práticos no sistema de saúde, sem olvidar que o tema abre caminhos para diversas outras abordagens, passíveis de serem exploradas em trabalhos futuros. A metodologia adotada baseou-se na análise dos documentos oficiais relativos ao projeto, quais sejam: a proposta do

⁹MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Ofício n° 60-GS/SAS*. Brasília-DF, 18 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>.

¹⁰GODOY, Claudiana Viana. As clínicas médicas populares privadas: uma alternativa para a crise da Saúde? os casos de Fortaleza (CE) e Belém (PA). *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, mayo 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/05/clinicas-medicas-populares.html> //hdl.handle.net/20.500.11763/cccss1905clinicas-medicas-populares.

¹¹Propostas essas lançadas, por exemplo, no documento: FENASAÚDE. *Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros*, cit.

¹²Conforme manifesto de múltiplas entidades encabeçado pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) lançado em outubro de 2019 contra as propostas de “planos de saúde acessíveis”. APOIE o manifesto contra retrocessos nos planos de saúde. *Notícias Idec*, 25 out. 2019. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/apoie-o-manifesto-contra-retrocessos-nos-planos-de-saude>. Acesso em: 28 jan. 2020.

¹³MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 1.482, de 04 de agosto de 2016*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html. Acesso em: 29 set. 2021.

GT¹⁴, o relatório da ANS¹⁵, o parecer do Ministério Público Federal¹⁶, o parecer da Comissão Nacional dos Municípios (CNM)¹⁷ e a Nota Técnica n. 47 de 2018 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)¹⁸.

I. Diretrizes do novo modelo de planos acessíveis

O Projeto de Lei dos Planos de Saúde Acessíveis encontra-se em análise em comissão especial do Senado Federal, tendo sido apensado ao projeto geral de reforma da Lei Federal n. 9.656/1998 (PL n. 7419/2006).

Em seu encaminhamento, o GT apresenta como justificativa da proposta os efeitos da crise econômica que atingiu o país a partir de 2014, responsável pelo aumento do índice de desemprego, pela diminuição do poder de compra da população e, conseqüentemente, pela queda no número de beneficiários dos planos médicos entre 2015 e 2017. A fim de reverter esse processo e garantir a atração de novos beneficiários, o projeto estipula três novas modalidades de planos, com diferentes graus de cobertura, e propõe mudanças relevantes em relação à atual regulação do setor. Tais mudanças são apresentadas como diretrizes norteadoras de uma verdadeira reforma da regulação que permitiria um modelo paralelo de planos que favorecesse as OPS – a nosso ver, em detrimento da prestação de serviços aos beneficiários. A seguir, serão descritas sinteticamente essas diretrizes que conformam a proposta e, na seqüência, as particularidades de cada uma das três categorias de plano criadas.

(i) Formação de uma rede hierarquizada e escalonada

Um primeiro elemento da proposta de reforma é a utilização da rede de atendimento básico e do médico da família como porta de entrada única do atendimento. A partir da mudança pretendida, o profissional poderia ser escolhido pelo beneficiário entre os designados pela OPS. As especialidades disponíveis para a primeira consulta seriam clínica geral, ginecologia e pediatria, cabendo a esse profissional o acompanhamento e encaminhamento do beneficiário para atendimento

¹⁴MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Ofício n° 60-GS/SAS*. Brasília-DF, 18 de janeiro de 2017, *cit.*

¹⁵AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Relatório Conjunto SEGER/GABINETE/ANS N° 01/2017*. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/verso-final-relatorio-descritivo-gt-ans-projeto-plano-de-saude-acessivel-final-pdf>.

¹⁶MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - MPF. *Nota Técnica n. 3/2017/PFDC/MPF*. Temas: Direito Fundamental à Saúde. Sistema União de Saúde Proposta de “Plano de Saúde Acessível”. Ministério da Saúde, 20 mar. 2017. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/pfdc/manifestacoes-pfdc/notas-tecnicas/nota-tecnica-3-2017-pfdc-mpf/at_download/file.

¹⁷CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – CNM. *Nota Técnica 15/2017*. Brasília-DF, 2017. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/comunicacao/links/20032017_NT_15_2017_Planos_populares.pdf.

¹⁸VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Nota Técnica Ipea n. 28, set. 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf.

na rede de assistência à saúde. Esse desenho é justificado na proposta como incentivo ao atendimento básico¹⁹.

Interessante notar que a proposta emula a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a introdução pioneira do médico da família como mecanismo de filtro, triagem e acompanhamento da saúde dos beneficiários no SUS, essa prática vem sendo utilizada por algumas OPS em planos de menor custo. Isso visa a reduzir a sinistralidade e a melhorar a sustentabilidade operacional e financeira desses planos, tornando-os mais competitivos na atração da população de renda média e baixa. O atendimento básico oferece baixos custos de prestação, e o acompanhamento regular – com a criação de uma linha de cuidado – reduz, no longo prazo, a necessidade de intervenções de maior complexidade. Nesse caso, as OPS aproximam-se da lógica pública e, inclusive, passam a rivalizar com o SUS, cuja rede de atendimento básico já é estabelecida, ocorrendo uma sobreposição dos sistemas.

(ii) Fator moderador (coparticipação)

Em relação a esse segundo ponto, a proposta aumenta a quota de coparticipação para até 50% do valor do procedimento, parcela que passaria a ser custeada pelo beneficiário. Destaca-se que o elevado limite para a coparticipação já foi alvo de críticas por parte de entidades de defesa do consumidor, que levaram à revogação da RN n. 433 da ANS²⁰ em 2018, a qual previa a coparticipação máxima de 40%.

(iii) Definição de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

A terceira medida consiste na proposta de que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) utilizados pelo SUS sejam adotados diretamente na prática dos profissionais da rede de saúde suplementar. De acordo com o artigo 19-O, da Lei n. 12.401/2011:

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e

¹⁹Como exemplo, tem-se o plano *Amil Life*, lançado pela seguradora em 2016 nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo e que propõe o acompanhamento contínuo do segurado por um mesmo profissional. AMIL lança plano de saúde baseado em atenção primária e coparticipação. *Amil*, Rio de Janeiro, jul. 2016. Disponível em: <https://www.amil.com.br/portal/web/documentos/conteudo/sala-imprensa/1924> Acesso em: 08 ago. 2020.

²⁰AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Resolução Normativa – RN n. 434, de 3 de setembro de 2018*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzYxMg==>. Acesso em: 29 set. 2021.

custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que trata o protocolo²¹

Atualmente, observa-se um esforço da ANS e das OPS para incentivar a adesão a diretrizes clínicas ou protocolos médicos – posicionamentos ou recomendações de conduta voltadas a orientar o atendimento em saúde com base em evidências científicas.

(iv) Recomposição de preços com base em planilhas de custo

O plano acessível de contratação individual que a proposta pretende instituir possuiria regras de reajuste distintas daquelas atualmente adotadas pela ANS, de forma a permitir à OPS recompor o aumento dos custos e, assim, evitar prejuízos financeiros como os que o mercado enfrentou entre 2015 e 2017. Isso superaria a limitação atual, uma vez que, para os planos existentes, a ANS²² define anualmente o índice autorizado de reajuste a ser aplicado pela OPS. A título exemplificativo, para o ano de 2018, o índice de reajuste para planos individuais e familiares foi de 10%, decaindo 3,5 pontos percentuais em relação aos três anos anteriores, quando se manteve em 13,5%.

(v) Obrigatoriedade de segunda opinião médica para alta complexidade

Para casos definidos como de alta complexidade, a proposta inova ao exigir uma segunda opinião médica, entendendo que isso garantirá que as indicações observem as melhores práticas e evitem desperdício de recursos.

(vi) Dilação dos prazos de atendimento

Para consulta básica – assim considerada consulta nas áreas de pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia –, o prazo máximo permaneceria em sete dias, como já era previsto pela ANS. Para as demais especialidades, os prazos para consulta seriam elevados de 14 para 30 dias. Já os prazos para cirurgias eletivas e programadas iriam de 21 para 45 dias²³.

(vii) Canal digital de comunicação

Outra novidade da proposta é a implementação de canais digitais de comunicação entre OPS e beneficiários, a fim de reduzir desperdícios em processos administrativos e operacionais. Haveria possibilidade de compra e venda *on-line* de

²¹BRASIL. *Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 29 set. 2021.

²²HISTÓRICO de reajuste por Variação de Custo Pessoa Física. *ANS Espaço do Consumidor*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/270-historico-reajuste-variacao-custo-pessoa-fisica>. Acesso em: 28 fev. 2019.

²³PERÍODO de utilização do plano e prazos máximos de atendimento. *ANS Espaço do Consumidor*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1251-periodo-de-utilizacao-do-plano-e-prazos-maximos-de-atendimento>. Acesso em: 28 fev. 2019.

planos, além de disponibilização de extratos e fornecimento de orientações sobre a rede assistencial preferencialmente via internet.

(viii) Plano regionalizado

Os serviços existentes em cada região seriam credenciados de forma a adaptar a cobertura oferecida à disponibilidade da infraestrutura local e à capacidade operacional do município. Atualmente, a ANS possui um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde²⁴ (Rol da ANS), atualizado periodicamente, que institui referências básicas para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados. Portanto, os planos criariam um rol local diferenciado e, em muitos casos, menor do que o mínimo estipulado pela agência, escapando à regulação vigente.

(ix) Modelos de cobertura fragmentada

Partindo das diretrizes acima, o projeto conforma, ao final, três novos modelos de planos, apresentados a seguir.

- Plano simplificado

Como o nome sugere, refere-se à opção mais simples e de menor custo. O plano simplificado é voltado ao atendimento básico, em conformidade com o Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade. Na justificativa, afirma-se que tal nível de cobertura simplificada seria capaz de resolver mais de 85% das necessidades de saúde. Ficariam de fora internações, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e serviços prestados em hospital-dia.

- Plano Ambulatorial-Hospitalar

Essa modalidade possui, além do atendimento básico, serviços de atendimento especializado de média e alta complexidade. Pelo modelo, o paciente seria submetido a uma avaliação prévia pelo médico da família ou da assistência primária, que o encaminharia para a rede especializada conforme necessidade. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o paciente seria direcionado para uma segunda avaliação, a fim de confirmar a prescrição do tratamento.

- Plano em regime misto de pagamento

Nesse plano, os serviços seriam oferecidos mediante contraprestação mensal para a cobertura de serviços de baixa, média e alta complexidade, incluindo medicina preventiva e serviços hospitalares. O texto afirma a possibilidade de haver,

²⁴AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Resolução Normativa – RN n. 439, de 3 de dezembro de 2018*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1Nw==>. Acesso em: 28 fev. 2019.

quando necessário, cobertura de tratamento ambulatorial. O foco seria no contrato firmado entre as partes, o qual conferiria ao beneficiário a responsabilidade de pagar pelo procedimento, podendo ser acordados modelos tanto de pré quanto de pós-pagamento, observando o Rol da ANS.

Descritos brevemente os principais aspectos da reforma pretendida pelo Projeto de Planos de Saúde Acessíveis, procede-se a sua análise, dividida em três partes: (i) análise do impacto do projeto sobre o acesso dos beneficiários aos serviços de assistência à saúde; (ii) considerações sobre outros desdobramentos relevantes da reforma; e (iii) avaliação das justificativas econômicas do projeto.

II. Os obstáculos impostos ao acesso a serviços

Um primeiro aspecto importante da reforma pretendida diz respeito à interposição de uma etapa intermediária de atendimento, com a previsão de triagem inicial realizada por médicos da família ou por profissionais do serviço de atendimento básico. O objetivo anunciado seria evitar o uso desnecessário dos procedimentos de maior custo, garantindo o correto direcionamento dos pacientes de acordo com suas necessidades concretas e evitando o desperdício.

A implementação dessa medida tende a encontrar alguns obstáculos de ordem prática. Historicamente, a especialidade de médico da família possui pouco poder de atração profissional, compondo menos de 2% do total de médicos em 2017 – equivalente a 5.438 profissionais²⁵. Mais recentemente, compreendendo-se a importância da atuação no atendimento básico, houve esforços para fomentar a carreira, com a abertura de grande número de vagas de residência – em 2017, foram abertas 5.943 vagas, o segundo maior número de vagas, atrás apenas de clínica médica. A despeito disso, o grau de procura continua baixo, tendo em vista o alto número de vagas não ocupadas, que chega a 70%²⁶.

Ao impor a consulta a um desses profissionais para a triagem, o projeto tende a ter um impacto na demanda pela especialidade. Como esse processo de atração não tem efeitos imediatos e o projeto não prevê um faseamento para a implementação da medida, a realidade pode atrasar a concretização desse filtro inicial de atendimento. Eventual descompasso entre a regulação e as condições concretas de realizar as consultas de triagem pode, nesse sentido, prejudicar o acesso a serviços de saúde pelos beneficiários, ao menos no início.

²⁵AUGUSTO, Daniel Knupp *et al.* Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-4, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1695/908>. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1695](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1695).

²⁶TRINDADE, Thiago Gomes; BATISTA, Sandro Rodrigues. Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca! *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2667-2669, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KDwMbkKxydJQgTJ8MMXfj/?lang=pt>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>.

Além disso, ainda que a ideia de uma rede escalonada possa trazer ganhos de eficiência ao sistema, a fixação de uma regra universal de duplo grau de avaliação para procedimentos de alta complexidade traz riscos, em alguns casos, de atrasar o endereçamento de enfermidades mais facilmente detectáveis ou urgentes. Nesse sentido, é possível que ocorra, além da demora, até mesmo a elevação dos gastos para resolução de determinadas demandas, ainda que compensada pela redução de desperdícios. Importante lembrar que a elevação dos limites de coparticipação, ponto que será detalhado logo adiante, pode-se combinar à exigência da consulta prévia, de modo a inibir os beneficiários de baixa renda de procurar tratamento.

Considerando que não há especificação quanto à cobertura da consulta de segunda opinião pelos planos, outro possível efeito decorrente da exigência seria a oneração do usuário, que arcaria com esse custo adicional por meio do desembolso direto, ou – mais provável – que a avaliação prévia ficasse a cargo de profissionais do SUS, onerando o sistema público de modo injustificado e em proveito da rentabilidade do setor privado²⁷.

Um segundo aspecto relevante diz respeito exatamente à elevação do limite de coparticipação para até 50%. Tal tópico tem sido alvo de discussões desde a revogação RN n. 433/2018, a qual determinava a possibilidade de cobrança de até 40% do valor. A medida, a princípio, foi pensada como um incentivo ao segurado para que se envolva na avaliação das opções disponíveis e participe ativamente das decisões relacionadas a sua saúde e seu tratamento, mitigando o risco moral inerente ao setor por promover a utilização racional e a busca pela qualidade em detrimento da quantidade de serviços²⁸. Entretanto, parte-se da premissa de que os indivíduos seriam capazes de valorar corretamente os custos e a efetividade de cuidados médicos, o que dificilmente ocorre, tendo em vista a acentuada assimetria de informações na relação médico-paciente, em especial quando se trata do público-alvo do projeto – classes mais baixas –, cujos recursos já são limitados. A tendência, nesses casos, seria a diminuição no uso dos serviços e a priorização do fator custo em detrimento da qualidade, inviabilizando o acesso a tratamentos mais caros e complexos, muitas vezes necessários e, não raro, urgentes. De fato, tem-se apontado a coparticipação como fator responsável pela redução do acesso a medidas de prevenção e promoção em saúde, pela renúncia ou postergação de consultas médicas e pela redução da adesão a tratamentos medicamentosos²⁹. No caso dos pacientes portadores de doenças crônicas, a coparticipação elevaria o custo com

²⁷SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica Ipea n° 47, jan. 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249. Acesso em 11 abr. 2019.

²⁸MARINHO, Alexandre. A crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares ou no SUS? *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 49, p. 55-84, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/953/443>.

²⁹HOLST, Jens; GIOVANELLA, Lígia; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, p. 213-226, dez. 2016. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zRNf6kWMFsyqVDnvXML7JX/M/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S18>.

medicamentos, levando à baixa adesão do paciente e ao consequente aumento no uso de serviços de emergência³⁰.

No fim, o que se estimula com essa disposição é a procura pelo sistema público para realização de procedimentos de médio e alto custo a fim de evitar gastos extras com procedimentos fora da cobertura acordada, o que em muitos casos já vem ocorrendo no modelo atual diante das negativas de cobertura impostas pelas OPS aos beneficiários. Vale destacar que o artigo 32 da Lei n. 9.656/1998 determina que sejam ressarcidos aos cofres públicos os valores dos atendimentos prestados pelo SUS a beneficiários de planos de saúde. Nesse sentido, a ANS identificou, entre 2001 e 2020, a realização de mais de 7.305.213 atendimentos pelo sistema público, dos quais 5,1 milhões ainda não foram ressarcidos, o que equivale a um desfalque de R\$ 8,1 bilhões³¹.

A inovação da obrigatoriedade de segunda opinião médica configura outra medida que se justificaria, em tese, pela maior segurança quanto à prescrição de tratamentos, mas que acarreta custos não considerados pela proposta. Se, por um lado, visa-se à obtenção de uma prescrição mais precisa, aumentando a certeza quanto à necessidade de cada procedimento e evitando gastos desnecessários, por outro, cria-se novo entrave para o atendimento das necessidades do paciente.

Uma segunda opinião, embora desejável, significa maior tempo de espera para o procedimento e maior mobilização de recursos financeiros e de profissionais, podendo não se justificar diante dos prejuízos que pode trazer, além do tempo consumido ao usuário. A ANS é enfática em seu parecer³² no sentido da desnecessidade de tal procedimento, ressaltando o problema que essa burocracia imporia em casos de urgência, em que a tempestividade é definidora do sucesso do tratamento. Se está correto o diagnóstico sobre os desperdícios gerados por prescrições médicas imprecisas, o remédio escolhido pelo projeto parece exagerado em função dos efeitos colaterais que pode causar. É fundamental, portanto, que se avaliem previamente os impactos desta e das demais medidas incluídas na proposta de reforma.

Ademais, o projeto dilata significativamente os prazos para atendimento, o que favorece as OPS por permitir a adequação aos recursos e à mão de obra disponíveis, mas prejudica substancialmente os segurados por afetar diretamente a tempestividade e a integralidade do cuidado, em especial em casos que requerem maior urgência.

³⁰SCHOKKAERT, E.; VAN DER VOORDE, C. User charges. In: GLIED, S.; SMITH, P. (Eds.). *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press, 2011.

³¹AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. *Boletim informativo*, 11. ed. (dezembro/2020), Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/integracao-com-SUS/ans-divulga-novo-boletim-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_Ressarcimento_11_edicao.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

³²AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Relatório Conjunto SEGER/GABINETE/ANS N° 01/2017*, cit.

Porém, o principal problema da proposta está em seu incentivo à criação de planos regionalizados de cobertura fragmentada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) já chegou a admitir a possibilidade de criação de um sistema de atendimento básico cuja cobertura variasse em relação às necessidades locais, de forma que se estabelecessem, além dos serviços de atendimento regular, equipes especializadas para lidar com demandas específicas daquela população, somando-se à cobertura mínima³³. O texto normativo proposto, contudo, inverte essa lógica, aceitando que a cobertura se adapte à estrutura disponível, e não às demandas locais, criando na prática uma redução na oferta de serviços.

Caso implantada, a medida daria origem a uma desigualdade de acesso entre planos de uma mesma categoria, ofertada pela mesma OPS, com base no município de domicílio dos beneficiários. As seguradoras poderiam, portanto, cobrar valores equiparáveis entre os segurados, mas oferecer serviços distintos em cada localidade, o que, além de ferir a isonomia entre os consumidores, desoneraria a OPS dos investimentos na ampliação da própria rede. Em decorrência da insuficiência dos serviços, haveria a contratação concentrada de planos em determinados centros urbanos, dotados de infraestrutura diferenciada, inchando tanto a rede privada desses centros quanto o próprio SUS – que, ao ter de complementar a cobertura contratada, assumiria o prejuízo da ineficiência dos planos privados. Ocorreria, na prática, um verdadeiro enriquecimento ilícito, na medida em que a OPS receberia os valores integrais dos prêmios sem realizar a prestação efetiva dos serviços e, em muitos casos, os custos de atendimento recairiam sobre a rede pública.

Essa estrutura exige, ainda, a flexibilização do rol mínimo da ANS, posto que, nas localidades marcadas pela ausência de infraestrutura para a prestação de serviços, o rol adaptado de cobertura tenderia a ser menor do que o estipulado pela agência, configurando uma situação em que o segurado seria obrigado a pagar por um serviço aquém do mínimo necessário para assegurar seu estado de saúde. Haveria um desincentivo para o setor privado buscar a diminuição das desigualdades regionais em relação à oferta de infraestrutura e rede de atendimento de saúde. Dessa forma, o sistema se tornaria ainda mais fragmentado, de maneira a criar um ambiente de falta de informação que permitiria abusos, como a exclusão de procedimentos sob a alegação questionável de carência de estrutura. A isso, soma-se o fato de que a saúde suplementar em si já tende a desincentivar as chamadas linhas de cuidado, o que faz com que os atendimentos sejam focados em procedimentos especializados, impossibilitando a formação de vínculos holísticos, essenciais ao atendimento primário e à saúde coletiva³⁴.

³³ WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). *Resolution n° 72/12. Primary health care towards universal health coverage*. 2019. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_12-en.pdf. Acesso em: 08 ago. 2019.

³⁴ DAROS, Raphaella Fagundes *et al.* A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Physis*, revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WW8k6DRzQNLtbxmp5SRtKH/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200010>.

Por fim, com relação aos modelos de planos, o principal questionamento refere-se à modalidade de “plano simplificado”, que escancara sua debilidade de cobertura ao anunciar que nada menos do que 15% das necessidades do segurado estariam excluídas de seu rol de cobertura. Aliás, vale notar quão enganosa é a mensuração da cobertura pelo critério de volume de procedimentos. Analisando-se qualitativamente quais seriam esses 15% descobertos, rapidamente se verifica tratar-se de internações, terapias e exames de alta complexidade, atendimentos de urgência e emergência e hospital-dia (art. 2º da Portaria MS n. 44/2001³⁵) – ou seja, justamente os procedimentos ligados às enfermidades mais graves, que motivam as pessoas a procurar planos de saúde para se protegerem de imprevistos relacionados à saúde, sendo a recente pandemia de covid-19 um exemplo claro da inaptidão desse modelo em prover assistência a seus beneficiários.

Não à toa, por se tratar de casos de risco de morte ou de lesões irreparáveis, a Lei n. 9656/1998 reconhece tais serviços de urgência e emergência como de cobertura mínima obrigatória, nos termos dos artigos 18 e 35-C:

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, **privilegiando os casos de emergência ou urgência**, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos.

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I - de **emergência**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; II - de **urgência**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (Destaques nossos)

É razoável supor que a expectativa do segurado, ao contratar um plano, seja obter cobertura principalmente para esse tipo de evento. O hospital-dia, enquanto fase intermediária de tratamento entre a internação e o atendimento ambulatorial, também se mostra essencial em diversos casos, devendo constar no âmbito da cobertura.

³⁵MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 44 de 10 de janeiro de 2001*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html. Acesso em: 29 set. 2021.

A exclusão desses serviços, medida oposta à regulação atual, faz parte da lógica da proposta de criação de um modelo paralelo de plano, favorável exclusivamente aos agentes setoriais, para os quais a medida é economicamente vantajosa, posto que tais serviços requerem gastos com a manutenção de uma infraestrutura de atendimento sempre pronta e equipes multidisciplinares de plantão. Contudo, vai de encontro à finalidade do atendimento em saúde, sendo inconcebível contratar um plano cuja cobertura seja reduzida a ponto de se excluir o motivo principal que leva o indivíduo ao serviço em primeiro lugar. Essa disposição choca-se com o próprio entendimento da OMS em relação à cobertura de saúde. Em sua 72ª assembleia³⁶, o organismo destacou a importância e a essencialidade de garantir o acesso a um sistema de atendimento emergencial célere e efetivo sem pagamentos prévios. Ao excluir esse tipo de serviço básico dos planos, o projeto nega atendimento a necessidades essenciais dos segurados, relegando-os ao atendimento público, que já encontra dificuldades orçamentárias e de infraestrutura – o que, em um contexto de aumento repentino da demanda, pode contribuir para seu colapso.

Em resumo, mesmo reconhecendo que a atuação da ANS ainda não foi capaz de articular soluções regulatórias eficientes para o setor, deixando pendentes questões relevantes como as mencionadas na introdução deste artigo, as alterações propostas quanto ao acesso aos serviços não parecem ter o efeito de corrigir as falhas regulatórias. Além disso, não asseguram a devida proteção às partes hipossuficientes da relação. Ao contrário, os efeitos parecem convergir, principalmente, para a transferência de boa parte dos custos e dos riscos do contrato aos segurados. As medidas tendem a fortalecer a posição das OPS e elevar sua discricionariedade e enfraquecer a regulação estatal, que sequer definiria o conteúdo mínimo dos serviços oferecidos, criando um verdadeiro regime de exceção à Lei n. 9.656/1998 e à ANS.

III. Outras inovações relevantes da proposta

Neste tópico, ressaltaremos pontos e alterações que não constituem o foco central da análise – dirigido à questão do acesso aos serviços de saúde –, mas que merecem menção pelo caráter inovador.

Um destaque é a utilização de PCDTs, já vigentes no SUS. Justifica-se a medida em função de uma maior segurança e uniformização dos tratamentos prescritos, uma vez que, para serem aprovados, os PCDTs devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas³⁷. Tal previsão mostra-se alinhada a discussões já existentes no âmbito da prestação dos serviços pelos profissionais credenciados. A adoção

³⁶WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). *Resolution n° 72/12. Primary health care towards universal health coverage, cit.*

³⁷MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, cit.*

de procedimentos padronizados mostra-se positiva, devendo apenas considerar a possibilidade de preservação de certa autonomia do profissional em casos específicos que requeiram procedimentos e insumos excepcionais, mas que se mostrem mais adequados ao tratamento do paciente, o que não ocorre na rede pública.

Por fim, a implementação de um canal de comunicação apresenta-se como uma medida interessante. Nos últimos anos, tem-se observado um esforço de inclusão das novas tecnologias na prestação de serviços de saúde, facilitando, entre outras coisas, o acesso a informações e dados do paciente, do profissional e da operadora. Nesse sentido, a OMS vem se manifestando a favor da inclusão de mecanismos de saúde digital (*e-health*) e saúde móvel (*m-health*) como forma de alcance da cobertura universal de saúde³⁸, sendo útil tanto para os beneficiários – a fim de obter informações de saúde, consultar disponibilidade de serviços, marcar exames e consultar os resultados – quanto para as OPS e os prestadores – auxiliando-os a manter registro dos usuários, acompanhar a prestação e organização dos serviços, dentre outros³⁹. Destaca-se que, no contexto da pandemia de covid-19, o Brasil aprovou a Lei Federal n. 13.989/2020⁴⁰, liberando a utilização da telemedicina temporariamente para o combate à doença; a própria ANS passou a incentivar as OPS a adotarem esse mecanismo⁴¹.

Tal integração digital tende a se tornar essencial nos próximos anos, mas cabe uma ressalva quanto à atual dificuldade de acesso no caso brasileiro. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas 74,9% dos brasileiros têm acesso à internet, sendo que o percentual na área rural é de apenas 41%⁴². Como os planos focariam a população de menor renda, que em geral coincide com a percentagem com difícil acesso ao meio digital, há uma preocupação legítima com a garantia de inclusão desse grupo nos próximos anos a fim de que o canal gere impacto planejado. Entretanto, isso não desmerece o acerto da iniciativa, e sim apenas enseja uma atenção especial.

³⁸WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>. Acesso em: 10 out. 2019.

³⁹WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Classification of digital health interventions v1.0: a shared language to describe the uses of digital technology for health*. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/en/>. Acesso em: 10 out. 2019.

⁴⁰BRASIL. *Lei n. 13.989, de 15 de abril 2020*. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm. Acesso em: 29 set. 2021.

⁴¹COMBATE ao coronavírus: ANS define novas medidas para o setor de planos de saúde. *Notícias ANS*, 02 abr. 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5459-combate-ao-coronavirus-ans-define-novas-medidas-para-o-setor-de-planos-de-saude>. Acesso em: 29 abr. 2020.

⁴²PNAD Continua TIC 2017: Internet chega a três em cada quatro domicílios do país. *Agência IBGE Notícias*, 20 dez. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23445-pnad-continua-tic-2017-internet-chega-a-tres-em-cada-quatro-domicilios-do-pais>. Acesso em: 04 mar. 2019.

IV. A lógica econômica unilateral do modelo

Pretende-se, neste tópico, analisar o projeto sob sua lógica econômica, motor propulsor da proposta. Com a crise financeira que atingiu o país a partir de 2014, as taxas de desemprego elevaram-se e o nível médio de renda da população diminuiu, gerando um impacto significativo na contratação de planos de saúde. O que se observou desde 2015 foi a queda acentuada no número de beneficiados de planos individuais, coletivos por adesão e coletivos empresariais em consequência da crise – sendo que os planos coletivos empresariais respondem por 66% dos segurados. De 2014 a 2018, o setor perdeu mais de 3 milhões de usuários, chegando a ter um decréscimo de 3,5% em 2016⁴³.

Inicialmente, o projeto seria propício para o alcance de seu primeiro objetivo: o fortalecimento do mercado de planos de saúde. Para isso, três medidas se destacam: a flexibilização da cobertura, o aumento da coparticipação nos serviços utilizados para 50% e a possibilidade de transferência dos resultados econômicos negativos para os contratantes, por meio do reajuste periódico baseado na evolução dos custos e não controlado pela ANS. Mas, na prática, as medidas permitem que as operadoras amortizem os riscos de sua atividade, transferindo-os, em boa medida, para os beneficiários. Já é possível observar no mercado agentes especializados em promover planos com foco em medicina preventiva a preços acessíveis em detrimento do oferecimento de serviços e que obtiveram resultados positivos em termos de número de clientes e faturamento nos últimos anos.

A cobertura reduzida e adaptável do plano garante menores gastos com relação a um eventual sinistro a ser pago, sobretudo considerando sua concentração em procedimentos de baixo valor. Nesse sentido, é um argumento recorrente das OPS que a segmentação dos planos democratizaria o acesso aos planos, oferecendo mais opções ao mercado e, portanto, reduzindo os custos para os usuários e o desperdício assistencial⁴⁴. Contudo, como o projeto confere maior autonomia às OPS, inclusive para definição das taxas de reajuste dos planos, essa redução de custos sequer significaria uma proporcional redução do valor dos prêmios dos planos – pelo contrário, o espaço para abusos poderia aumentar.

A responsabilidade pelos riscos da atividade recairia, então, sobre os ombros do usuário, com a coparticipação em todos os procedimentos e o reajuste segundo os custos da OPS. Ademais, a cobertura flexível poderia criar planos regionais desfavoráveis com preços semelhantes aos de planos de localidades com maior infraestrutura e impor ao segurado o pagamento por um rol inferior ao rol mínimo de serviços essenciais. Por fim, quando eventualmente houvesse a necessidade de

⁴³AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS*. Dados atualizados até 08/2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 jan. 2019.

⁴⁴FENASAÚDE. *Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros, cit.*

utilização de serviços de urgência ou de alta complexidade, o usuário se encontraria desamparado pelo plano, sendo obrigado a procurar atendimento na rede pública.

Considerando-se o contexto brasileiro, pode-se também esperar o aumento da judicialização dos planos como impacto negativo do projeto. Em estudo realizado com base nas demandas propostas no Tribunal de Justiça de São Paulo entre 2013 e 2014⁴⁵, verificou-se que a exclusão de procedimentos da cobertura oferecida é tema de 48% dos litígios. As decisões do Judiciário tendem a proteger o beneficiário – que, em 88% dos casos analisados, obteve sentença favorável –, aplicando-lhe não apenas a regulação setorial, mas também o direito do consumidor, que reconhece sua posição de hipossuficiência em relação às OPS. Dessa forma, é provável que mais demandas questionem a cobertura limitada oferecida, o que implica gastos de recursos públicos, dos beneficiários e das próprias OPS.

V. Potenciais prejuízos ao sistema público de saúde

Sob a perspectiva estatal, o acesso reduzido fornecido pelos planos de saúde estimularia a procura do SUS, podendo sobrecarregar ainda mais a rede pública em certos tipos de serviço. Por focar a cobertura em atendimento básico, os planos levariam à subutilização da infraestrutura pública já constituída, mas falhariam em prestar procedimentos de média e alta complexidade, o que, além de acarretar gastos consideráveis para o SUS, afetaria uma área historicamente deficitária do sistema público⁴⁶.

Importante ressaltar que tal migração ainda afetaria a capacidade de resposta às demandas. A fragmentação do atendimento viola diretamente os princípios da integralidade e universalidade, prejudicando sua eficiência, uma vez que o acompanhamento do paciente é limitado. O trânsito entre os serviços contribuiria para a morosidade do tratamento, podendo afetar negativamente a recuperação do paciente, que procura o sistema público apenas após a negativa de cobertura pelo plano de saúde. Iniciando-se o atendimento em um estágio mais avançado da doença, a capacidade de resposta do sistema público é consideravelmente reduzida e o tratamento demanda maiores recursos do que em casos em que há acompanhamento contínuo e detecção inicial da patologia.

⁴⁵TRETTEL, Daniela Batalha KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19, n. 1, 2018. <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133/141742>. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p166-187>.

⁴⁶VIAÇAVAL, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

O que se tem, portanto, é um duplo prejuízo: de um lado, as falhas do plano privado impediriam uma cobertura razoável para os beneficiários, que seriam obrigados a procurar os serviços da rede pública; de outro, além dos problemas de atendimento, o SUS ficaria sobrecarregado pela procura por serviços que dependem de uma infraestrutura que já é limitada e que demandam gastos maiores, o que se tornaria ainda mais preocupante num contexto de crescente limitação orçamentária⁴⁷.

Considerações finais

A proposta dos planos de saúde acessíveis apresenta alterações importantes no setor da saúde suplementar. Ainda que haja alguns pontos positivos – como a valorização do atendimento básico e seus profissionais, a inclusão de meios digitais na comunicação com o usuário e a preocupação com a necessidade, segurança e uniformidade das prescrições de procedimentos e medicamentos –, os principais aspectos do projeto suscitam diversas e graves preocupações.

O projeto impõe obstáculos para o acesso a serviços. Nesse sentido, destacam-se os entraves burocráticos que podem afetar a celeridade do atendimento – como a triagem inicial e a obrigatoriedade de dupla opinião –, o próprio prolongamento dos prazos e a coparticipação elevada, que desencorajaria a busca por tratamento, sobretudo no caso da população de menor renda.

A medida ainda abre possibilidade de flexibilizar o Rol da ANS – permitindo planos de baixa cobertura de acordo com a infraestrutura local e criando iniquidades regionais – e oferece versão simplificada, que exclui da cobertura os tratamentos essenciais de urgência, emergência e hospital-dia – criando um modelo paralelo totalmente oposto à atual regulação e aos parâmetros de proteção dos beneficiários.

Sob o viés econômico, foco deste trabalho, a medida mostra-se onerosa tanto para o beneficiário – que, além de arcar com a coparticipação de 50%, fica à mercê de reajustes de prêmios arbitrados pelas próprias OPS – quanto para a rede pública – que complementa a cobertura fragmentada dos planos, atendendo a seus beneficiários em procedimentos de maior custo. Ocorre a abertura para um verdadeiro enriquecimento ilícito das OPS, que cobram por serviços que, na prática, são realizados pelo SUS, o que, em tempos de alta demanda e recursos públicos limitados, como em uma situação de pandemia, pode sobrecarregar o sistema.

Se, à primeira vista, o Projeto dos Planos de Saúde Acessíveis parece uma alternativa viável para a dinamização do setor, ao analisarmos seu impacto social e econômico verificamos a perniciosidade de suas consequências práticas, sendo recomendável a não aprovação da proposta.

⁴⁷SÁ, Edvaldo Batista de. *op. cit.*

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor*. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Vvalor.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS*. Dados atualizados até 08/2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 jan. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Relatório Conjunto SEGER/GABINETE/ANS Nº 01/2017*. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/verso-final-relatorio-descritivo-gt-ans-projeto-plano-de-saude-acessivel-final-pdf>.

AMIL lança plano de saúde baseado em atenção primária e coparticipação. *Amil*, Rio de Janeiro, jul. 2016. Disponível em: <https://www.amil.com.br/portal/web/documentos/conteudo/sala-imprensa/1924> Acesso em: 08 ago. 2020.

APOIE o manifesto contra retrocessos nos planos de saúde. *Notícias Idec*, 25 out. 2019. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/apoie-o-manifesto-contr-retrocessos-nos-planos-de-saude>. Acesso em: 28 jan. 2020.

AUGUSTO, Daniel Knupp *et al*. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-4, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1695/908>. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1695](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1695).

COMBATE ao coronavírus: ANS define novas medidas para o setor de planos de saúde. *Notícias ANS*, 02 abr. 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5459-combate-ao-coronavirus-ans-define-novas-medidas-para-o-setor-de-planos-de-saude>. Acesso em: 29 abr. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – CNM. *Nota Técnica 15/2017*. Brasília-DF, 2017. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/comunicacao/links/20032017_NT_15_2017__Planos_populares.pdf.

DAROS, Raphaela Fagundes *et al*. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Physis*, revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WW8k6DRzQNLtbxmp5SRtKh/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200010>.

FENASAÚDE. *Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros*. 2019. Disponível em: <http://fenasaude.org.br/publicacoes/uma-nova-saude-suplementar-para-mais-brasileiros.html>. Acesso em: 28 jan. 2020.

GODOY, Claudiana Viana. As clínicas médicas populares privadas: uma alternativa para a crise da Saúde? os casos de Fortaleza (CE) e Belém (PA). *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, mayo 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/05/clinicas-medicas-populares.html//hdl.handle.net/20.500.11763/cccss1905clinicas-medicas-populares>.

HISTÓRICO de reajuste por Variação de Custo Pessoa Física. *ANS Espaço do Consumidor*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/270-historico-reajuste-variacao-custo-pessoa-fisica>. Acesso em: 28 fev. 2019.

HOLST, Jens; GIOVANELLA, Ligia; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, p. 213-226, dez. 2016. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zRNf6kWMFsyqVDnvXML7JXM/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S18>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Indicadores IBGE. *Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA e INPC*. Dez. 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/236/inpc_ipca_2018_dez.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

INTEGRAÇÃO e Ressarcimento ao SUS. Fases do Ressarcimento. [Fonte: SCI/ANS e SGR/ANS, 06/2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/integracao-e-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 21 nov. 2019.

MARINHO, Alexandre. A crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares ou no SUS? *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 49, p. 55-84, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/953/443>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Ofício n. 60-GS/SAS*. Brasília-DF, 18 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://www.epsv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: 20 set. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - MPF. *Nota Técnica nº 3/2017/PFDC/MPF*. Temas: Direito Fundamental à Saúde. Sistema União de Saúde Proposta de “Plano de Saúde Acessível”. Ministério da Saúde, 20 mar. 2017. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/pfdc/manifestacoes-pfdc/notas-tecnicas/nota-tecnica-3-2017-pfdc-mpf/at_download/file.

NUNES, André; ALMEIDA, Alexandre Nascimento de; SILVA JÚNIOR, Luiz Honorato da. As imperfeições do mercado de saúde: revisitando o marco teórico da economia da saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 9, n. 1, jan. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10443/9204>. Acesso em: 21 nov. 2019.

OCKE-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400025>.

PERÍODO de utilização do plano e prazos máximos de atendimento. *ANS Espaço do Consumidor*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1251-periodo-de-utilizacao-do-plano-e-prazos-maximos-de-atendimento>. Acesso em: 28 fev. 2019.

PNAD Contínua TIC 2017: Internet chega a três em cada quatro domicílios do país. *Agência IBGE Notícias*, 20 dez. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23445-pnad-continua-tic-2017-internet-chega-a-tres-em-cada-quatro-domicilios-do-pais>. Acesso em: 04 mar. 2019.

SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica Ipea nº 47, jan. 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249. Acesso em 11 abr. 2019.

SCHOKKAERT, E.; VAN DER VOORDE, C. User charges. In: GLIED, S.; SMITH, P. (Eds.). *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press, 2011.

TRETTTEL, Daniela Batalha KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19, n. 1, 2018. <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133/141742>. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p166-187>.

TRINDADE, Thiago Gomes; BATISTA, Sandro Rodrigues. Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca! *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2667-2669, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KDwMbkKxydJQJgTJ8MMXxf/?lang=pt>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>.

VIACAVA, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

VIANNA, Cid Manso de Mello; CAETANO, Rosângela. Avaliações econômicas como um instrumento no processo de incorporação tecnológica em saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 747-766, 2005. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2005_3/artigos/CSC_2005-3_cid.pdf.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Nota Técnica Ipea n. 28, set. 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Classification of digital health interventions v1.0: a shared language to describe the uses of digital technology for health*. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/en/>. Acesso em: 10 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>. Acesso em: 10 out. 2019.

Ana Luisa Pereira Agudo Romão – Doutoranda em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FD/USP). Pesquisadora associada do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa). São Paulo/SP, Brasil. *E-mail*: ana.romao@usp.br

Maria Paula Dallari Bucci – Livre-docência e doutorado pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FD/USP). Professora do Departamento de Direito do Estado da FD/USP. São Paulo/SP, Brasil. *E-mail*: mariapaula@usp.br

Frederico Haddad – Mestrado em Direito do Estado pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FD/USP); graduação em Direito pela FD/USP. Advogado. São Paulo/SP, Brasil. *E-mail*: fredericohaddad@gmail.com