

Nota Técnica

Grupo de Pesquisa e
Documentação sobre
Empresariamento da Saúde
(GPDES/UFRJ)

Grupo de Estudos sobre
Planos de Saúde
(GEPS/USP)



J O G O D O S 7 E R R O S

ilegalidades e riscos da
proposta da Diretoria da ANS
de criação de planos de saúde
sem coberturas mínimas.



JOGO DOS 7 ERROS
ilegalidades e riscos da proposta da
Diretoria da ANS de criação de planos de
saúde sem coberturas mínimas.

Nota Técnica.

Rio de Janeiro(RJ),São Paulo (SP).

Fevereiro de 2025.

Grupo de Pesquisa e Documentação sobre
Empresariamento da Saúde
(GPDES/UFRJ)

Contato: <https://gpdes.com.br/contact/> ou
gpdes@iesc.ufrj.br

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde
(GEPS/USP)

Contato: <https://sites.usp.br/geps/contato/>
ou imprensa@fm.usp.br



1. O falso “problema” da dificuldade de contratação de planos

Os preços elevados, o volume de práticas abusivas e a drástica redução da oferta de planos individuais são resultado de omissões regulatórias da própria Agência e de estratégias das empresas. A proposta toma as consequências de problemas não enfrentados como causas, fragiliza ainda mais a posição dos consumidores e interessa apenas às operadoras.

2. As ilegalidades no processo regulatório

A competência normativa e regulatória da Agência é limitada pela Lei dos Planos de Saúde, que não permite a comercialização de planos estritamente ambulatoriais. A proposta contraria a legislação vigente e, portanto, não pode ser experimentalmente testada por meio de Sandbox Regulatório, nos termos do que dispõe a Lei das Startups.

3. O falso mistério do sumiço de planos individuais

As empresas não vendem planos individuais justamente porque eles oferecem maior proteção para as pessoas naturais. A criação de um plano desregulado, que combina ausência de coberturas e garantias mínimas à contratação individual e isolada por pessoas naturais, não resolve, mas apenas agrava esse problema.

4. O falso mistério dos planos coletivos com poucas vidas

Escolhas regulatórias estimulam há anos que famílias contratem planos falsos coletivos através de pequenas e microempresas e entidades coletivas desprovidas de representatividade e capacidade negocial.

5. A falsa solução para as clínicas populares e cartões de desconto

A mudança não trará melhorias de qualidade ou proteção para usuários desses serviços. A ANS indica que seguirá ignorando sua atribuição de regular prestadores de serviços e aposta de forma imprudente que um plano desregulado atrairia esses prestadores para os produtos incluídos em seu perímetro regulatório atual.

6. A falsa ideia de atender ao “desejo” da população

As pessoas desejam ter acesso a serviços de saúde de qualidade. O comércio de planos sem cobertura para terapias, internações e outros serviços básicos é enganoso. Um produto muito pior a um preço marginalmente menor se enquadra na máxima popular “o barato que sai caro”. Muito lucrativo para as operadoras, nada resolutivo para os usuários.

7. A falsa ideia de que o setor privado alivia o SUS

A expansão precarizada da saúde privada, ao contrário de aliviar, sobrecarrega ainda mais o sistema público, fragmenta programas de promoção e prevenção, fragiliza linhas de cuidado, agrava os problemas de subfinanciamento via aumento de gastos tributários e, com isso, impede o fortalecimento do SUS.



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

No último dia 10 de fevereiro de 2025, a **Diretoria Colegiada (DICOL) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** aprovou a realização de uma consulta pública e de uma audiência pública sobre proposta de implementação de um Ambiente Regulatório Experimental (Sandbox Regulatório ou SBR) para **testar “planos para consultas médicas estritamente eletivas e exames”**.

Trata-se de uma proposta formulada por dirigentes da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO/ANS), destinada a testar um Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão, no qual estariam suspensas diversas regras e garantias previstas na regulação atual.

O produto congrega as seguintes características:

- (i) o “plano” cobrirá apenas consultas médicas eletivas e exames;
- (ii) o produto será caracterizado como plano coletivo por adesão, mas poderá ser contratado diretamente pelo consumidor, sem a mediação por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial;
- (iii) como consequência da primeira flexibilização, as operadoras poderão cobrar diretamente os beneficiários de planos coletivos por adesão;
- (iv) as operadoras também poderão exigir o cumprimento do prazo de carência para todos os beneficiários que ingressarem;
- (v) as operadoras poderão adotar mecanismos de “porta de entrada”, direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso, bem como coparticipação em até 30% do valor dos procedimentos;
- (vi) não haverá portabilidade deste planos para outros preexistentes, nem de outros para o plano experimental; e
- (vii) as operadoras poderão rescindir unilateralmente o contrato mesmo que não haja fraude ou inadimplemento pelo beneficiário, desde que o façam para toda a carteira, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias.



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

Por meio da presente manifestação, o **Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde (GPDES)**, vinculado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), e o **Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS)**, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), vêm se posicionar contrariamente à proposta, alertando as instituições de Estado e a sociedade sobre as ilegalidades e os sérios **riscos envolvidos**.

Como será detalhado, a proposta formulada pela DIPRO/ANS contraria frontalmente diversos princípios e dispositivos da Constituição Federal e da Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/1998), desconsidera os estudos técnicos e evidências científicas produzidas nas últimas décadas sobre o mercado de planos de saúde (inclusive pelo corpo técnico da própria ANS) e objetiva abrir caminho para alterações drásticas em seu funcionamento.

Caso levada a cabo, a proposta não apenas agravaria a já frágil posição dos consumidores frente às operadoras de planos de saúde (OPS), como traria impactos substantivos sobre o sistema de saúde e a população brasileira como um todo.

O texto está organizado com base no raciocínio desenvolvido na Nota Técnica nº 3/2024/DIPRO (Nota Técnica), de onde foram retirados os argumentos e elementos questionados a seguir, bem como, de forma complementar, em manifestações públicas do Diretor à frente da DIPRO/ANS, que assina a Nota Técnica.

erro 1



O “problema”

Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

ERRO 1: O “problema”



O “problema” que orienta o raciocínio da Agência sobre a “necessidade” de novos tipos de produtos no mercado é a constatação de que há, no Brasil, “dificuldade de acesso a planos de saúde por pessoas naturais”. Esta constatação está baseada na baixa oferta de planos individuais no mercado e, consequentemente, em uma alegada dificuldade de pessoas físicas em contratarem planos de saúde sem intermediação de pessoas jurídicas. Para comprovar esses pressupostos, são elencados dados diversos sobre a diminuição do número de clientes de planos individuais ao longo dos anos, progressivamente substituídos por clientes vinculados a planos empresariais pequenos ou por planos coletivos por adesão.

Conforme será explorado mais à frente, todos os dados levantados na Nota Técnica para demonstrar o “problema” são fruto das próprias (não) escolhas regulatórias da Agência, que poderiam ser respondidas de diversas outras formas que não pela criação de “semi-planos”. O exemplo mais claro disso é o movimento de “falsa coletivização” dos planos, há muito denunciado por pesquisadores e entidades de defesa do consumidor.

Mas, antes de qualquer racionalização das causas e consequências levantadas para justificar a proposta, é preciso **questionar por que uma agência reguladora, entidade independente incumbida de fiscalizar, normatizar e equilibrar interesses, toma para si como “problema” a “dificuldade” do mercado regulado de crescer**. Conforme explicitado na reunião da DICOL em que se aprovou a proposta, acolhendo os fundamentos da Nota Técnica, a iniciativa pretende incorporar 10 milhões de beneficiários novos ao



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

mercado, aumentando as receitas potenciais das OPS e melhorando as expectativas dos investidores sobre seu desempenho futuro.

Não satisfeita com os lucros consistentes do setor, apoiados no processo acelerado de fusões e aquisições entre agentes diversos do mercado nas últimas duas décadas, turbinado pela crescente associação dos grupos econômicos da área da saúde com agentes e motivações de natureza financeira, a DICOL da Agência insiste na necessidade de crescimento. Ainda que, para isso, seja preciso romper com limites estruturais a um crescimento orgânico, como a restrição da capacidade de pagamento dos consumidores e os custos de garantir as coberturas mínimas previstas em lei.

A inversão de prioridades é tamanha que a “solução” apontada para o “problema” identificado é exatamente a mesma já proposta diversas vezes pelos atores que, coincidentemente, deveriam ser o objeto da regulação da Agência, à revelia dos também incontáveis protestos já levantados contra ela por consumidores, entidades médicas, acadêmicos e tantos outros.

erro 2



A ilegalidade do
processo

Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

ERRO 2: A ilegalidade do processo



Para dar vida à solução “inovadora” anunciada, a ANS propõe o uso do instrumento de “sandbox regulatório” (SBR), introduzido no Brasil pela Lei Complementar nº 182/2021 (“Marco Legal das Startups”) e definido pelo Tribunal de Contas da União como “um ambiente regulatório experimental, criado com a finalidade de suspender temporariamente a obrigatoriedade de cumprimento de normas exigidas para atuação em determinados setores, permitindo que empresas possam usufruir de um regime diferenciado para lançar novos produtos e serviços inovadores no mercado, com menos burocracia e mais flexibilidade, mas com o monitoramento e a orientação dos órgãos reguladores”.

Utilizando-se desta definição e de uma alegada competência para definir “sub-segmentações” de planos, a Agência propõe o afastamento total ou parcial de diversas normas administrativas aplicáveis a planos de saúde: Resoluções Normativas nº 438/2018, 465/2021, 489/2022, 543/2022, 565/2022 e 557/2022. Este conjunto trata desde de regras sobre contratações, reajustes e portabilidade até requisitos de capital mínimo e licenciamento.

O que a Nota Técnica deixa de mencionar, contudo, é o fato de que, para viabilizar o produto proposto, **a própria Lei de Planos de Saúde teria de ser afastada**. Isso porque, sob a segmentação ambulatorial, a Lei torna obrigatória a cobertura de tratamentos e procedimentos ambulatoriais, antineoplásicos domiciliares de uso oral (art. 12, inc. I, alíneas b e c). **A previsão de um produto ambulatorial que cubra “consultas médicas estritamente eletivas e exames”, portanto, é patentemente contrária à Lei.**



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

Curiosamente, ao ponderar sobre possível inviabilidade da proposta diante das normas atualmente existentes, a Nota Técnica declara apenas que “(...) não se identificou incompatibilidade com o marco legal da saúde suplementar”. Não coincidentemente, o fato é que **este exato conflito entre a proposta e a Lei dos Planos de Saúde é o que impede a utilização do instrumento do SBR para consumá-la**. Nos termos da Lei Complementar nº 182, que criou esta figura:

Art. 11. Os órgãos e as entidades da administração pública com competência de regulamentação setorial poderão, individualmente ou em colaboração, no âmbito de programas de ambiente regulatório experimental (sandbox regulatório), afastar a incidência de normas sob sua competência em relação à entidade regulada ou aos grupos de entidades reguladas.

E, complementarmente, nos termos da Resolução Normativa nº 621/2024 da própria ANS, que regulamenta o uso do SBR no âmbito da Agência:

Art. 2º O Sandbox Regulatório visa permitir o desenvolvimento de novas soluções na saúde suplementar afastando ou flexibilizando a incidência de normas sob competência da ANS e tem por finalidades: (...)

Significa então que a iniciativa da DIPRO busca, sob a justificativa de um falso “problema” e da necessidade de “inovar” para “respondê-lo”, burlar a Lei de Planos de Saúde e o princípio constitucional da separação dos poderes, utilizando-se erroneamente da via do SBR para tanto.

Não por outros motivos, a proposta da diretoria da ANS foi desenhada entre quatro paredes, sem qualquer participação da sociedade e, até onde se sabe, com níveis precários de interação com o qualificado corpo técnico da Agência. **A proposta de audiência pública e consulta pública busca apenas legitimar uma decisão - ilegal - já tomada, amparada em justificativas parciais e furtivas, que escamoteiam os verdadeiros interesses que se pretende atender.**



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

Sabe-se que, em momentos anteriores, a própria ANS se posicionou sobre as diferenças entre planos pré-pagos e cartões de desconto, a exemplo do documento Cartilha para o Consumidor.¹

É notório que entidades de defesa do consumidor, representantes de profissionais de saúde e associações de pacientes são contrárias às diatribes para comercializar um produto que prevê pagamento, reajustes desregulamentados, possibilidade de rescisão unilateral por parte das OPS no aniversário do contrato e coberturas muito restritas e condicionadas exclusivamente pelo direcionamento das empresas.

Estão fazendo moucos inclusive para o Poder Legislativo e Judiciário. Essa é a quarta tentativa de alteração radical da legislação. As três primeiras não prosperam na Câmara dos Deputados e instituições do sistema de justiça seguem apoiando ou acolhendo litígios promovidos por consumidores em face das recorrentes negativas de cobertura e reajustes abusivos de preços. Sociedade civil, Poder Legislativo, Poder Judiciário e Ministério Público, definitivamente, não são favoráveis à redução de coberturas.

A ideia de comercialização de um semi-plano de saúde não teve origem em pesquisas de opinião, consultas a conselhos participativos ou no âmbito do Ministério da Saúde, órgão responsável pela conformação do sistema de saúde no Brasil. Trata-se apenas da indevida instrumentalização da ANS, para perseguir interesses de determinados setores empresariais.

Audiências públicas não deveriam ser convocadas apenas para constar. Processos efetivamente dialógicos exigem debates, respeito às divergências e disposição para a construção de consensos. Também exigem transparência e honestidade em relação a dados, premissas e objetivos perseguidos. Ou seja, requer solo abundante em criatividade e inovações sociais. Apresentações de *powerpoint* e esquemas que oferecem certezas enviesadas e falsas soluções são a antítese da participação, do debate e da transparência exigidos pela Constituição Federal e pela legislação brasileira em relação aos processos de decisão de órgãos públicos.

¹ Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/cartilhas-para-o-consumidor/cartoes-de-desconto-e-pre-pago-nao-sao-planos-de-saude.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

erro 3



Distorção de
premissas:
o caso dos planos
individuais

Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

ERRO 3: Distorção de premissas: o caso dos planos individuais



Desde seus primórdios, o mercado de planos de saúde foi majoritariamente composto por planos coletivos empresariais e teve sua trajetória de crescimento atrelada à evolução do estoque de empregos formais no país. Entre 2000 e 2014, num período de crescimento expressivo do mercado de trabalho formal, a proporção da população inserida no mercado de planos passou de cerca de 18% para cerca de 25%. Desde então, houve oscilações marginais para mais ou para menos dessa proporção, em função dos ciclos econômicos, sem alteração estrutural.

O “problema” que a ANS alega buscar resolver é a dificuldade de acesso de pessoas naturais a planos de saúde. Essa dificuldade, como a própria Nota Técnica reconhece, deriva do fato de que as principais OPS deixaram de ofertar planos individuais e familiares. A decisão convergente dessas diferentes OPS, como também sugere a Nota Técnica, é explicada pelas assimetrias entre a regulação dos planos individuais e a dos planos coletivos. As regras aplicáveis aos planos individuais são mais protetivas aos consumidores, entre as quais se destacam o controle do reajuste das mensalidades e a vedação à rescisão unilateral do contrato.

Em outras palavras, **deixou de interessar às OPS oferecer planos com essas proteções às pessoas naturais**. Assim, os principais agentes de mercado passaram a oferecer apenas planos coletivos, que permitem a prática de reajustes mais flexíveis e a rescisão unilateral do contrato. Às pessoas naturais interessadas em adquirir planos restariam então os planos coletivos por adesão, que são intermediados por entidades de classe, ou a utilização de micro



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

e pequenas empresas, em muitos casos abertas por trabalhadores “pejotizados”, para a contratação de planos empresariais.

Mesmo já sendo conhecidos na literatura especializada como “falsos coletivos”, os planos coletivos por adesão são regulados por normas que estabelecem algum nível de proteção às pessoas naturais, entre as quais a necessidade de intermediação da contratação por uma entidade representativa. São essas poucas restrições que dificultam que um produto com todas as características de um plano individual seja ofertado como se coletivo fosse, apenas para não se sujeitar à regulação mais protetiva aplicável aos planos individuais.

Em vista dessas premissas, cabe fazer a seguinte indagação: **as proteções aos consumidores atualmente aplicáveis aos planos individuais se justificam? Se a resposta fosse não, a solução ao problema identificado pela ANS seria muito simples: bastaria eliminá-las**, de modo a reduzir as assimetrias regulatórias entre planos individuais e coletivos, afastando as razões que levaram as principais OPS a deixar de ofertar os planos individuais. **Como é técnica e politicamente insustentável propor explicitamente a eliminação das garantias dos planos individuais, a direção da ANS elaborou uma proposta mais sofisticada, mas que levará ao mesmo resultado: eliminar toda e qualquer barreira a que uma pessoa natural possa contratar isoladamente um plano coletivo.**

Trocando em miúdos, **o “plano inovador” que a direção da ANS pretende testar é um plano individual desregulado e disfarçado de coletivo.**

erro 4

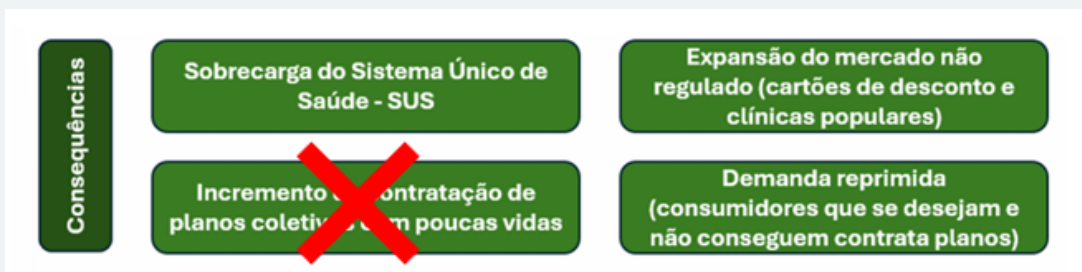


Distorção de
consequências:
o caso da falsa
coletivização

Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

ERRO 4: Distorção de consequências: o caso da falsa coletivização



Como ilustração do argumento sobre o “problema” da dificuldade de pessoas naturais contratarem planos de saúde, a Nota Técnica elenca a consequência do aumento de planos coletivos com poucas vidas no mercado. Ainda que este seja verdadeiro, contudo, ao interpretá-lo o documento, mais uma vez, confunde e distorce causas e consequências.

Os próprios dados trazidos na Nota Técnica (Gráfico 2) revelam que, de 2010 a 2023, o número de contratantes de planos individuais e de planos coletivos por adesão permaneceu praticamente estável, tendo o crescimento do mercado sido concentrado especialmente nos planos empresariais. Entre eles, houve um aumento constante e significativo da participação de clientes vinculados a contratos de até cinco vidas, quase que inteiramente compensado pela perda de clientes vinculados a grandes contratos: entre 2013 e 2014, estes passaram de 29% a 21% dos clientes, enquanto aqueles, aumentaram de 5% a 15% do total.

Curiosamente, a Nota Técnica deixa de comentar esta mudança aparentemente sistêmica, que poderia ser atribuída a elementos estruturais como mudanças no mercado de trabalho e na forma dos vínculos trabalhistas, concluindo apenas que “pela falta de planos individuais, cada vez mais pessoas naturais com registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda - CNPJ/MF contratam planos coletivos empresariais”.

Para além da interpretação parcial dos dados, a análise deixa de considerar o elemento, já apontado anteriormente, de que a dificuldade fundamental na contratação de planos individuais é o desinteresse das OPS em oferecê-los, diretamente relacionado às proteções aos consumidores aplicáveis a planos individuais.

erro 5

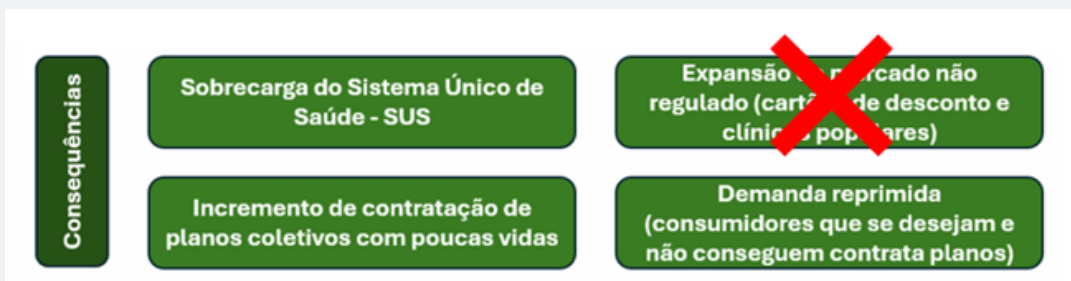


Distorção de
consequências:
o caso das clínicas
populares

Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

ERRO 5: Distorção de consequências: o caso das clínicas populares



Para que não se possa argumentar que a proposta da ANS nada diz sobre saúde, a Nota Técnica traz argumentos pontuais relacionados às supostas potencialidades dos “semi-planos” para responder a problemas assistenciais “derivados” da ausência de oferta de planos individuais. O primeiro deles é a ideia de que indivíduos que não conseguem contratar planos de saúde acabariam por acessar apenas o “mercado não regulado de assistência à saúde, como os cartões descontos e as clínicas populares”.

Na Nota Técnica, não há detalhamento a respeito de como o produto oferecido resolveria o problema do “mercado não regulado” - ou sequer sobre em que ele consiste. Por este motivo, para permitir exploração adequada do ponto, é útil fazer menção à entrevista recentemente concedida pelo Diretor da Agência responsável pela proposta²:

Diretor: (...) Esse mercado paralelo que não tem regulação, que são os cartões de desconto e clínicas populares, e que a gente resolveu denominar no setor como uma terceira via de saúde.

(...)

Entrevistadora: O senhor diz que esse mercado não tem regulação, mas o STJ já indicou que isso poderia ser feito pela ANS. Não seria, então, o caso de regular esses serviços que fazem aquilo que essa nova modalidade de planos iria fazer? Afinal, o cerne da clínica popular é exame e consulta.

D: É completamente diferente do que nós estamos propondo.

E: Qual é a diferença básica em termos de assistência?

² Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/blogs/miriam-leitao/post/2025/02/plano-de-saude-para-urgencia-e-emergencia-esse-paciente-continua-sus-dependente-diz-diretor-da-ans-sobre-nova-modalidade.ghtml>. Acesso em: 13 fev. 2025.



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

D: A gente está discutindo sobre pessoas que têm algum recurso financeiro, idosos trabalhando, autônomos, empregados domésticos, mão de obra informal, motorista, aplicativo. Nós estamos propondo um tipo de plano de saúde mais simples, mais acessível, com cobertura total para consultas e exames.

Esse produto vai garantir uma atenção primária e secundária, de acordo com a diretriz do SUS.

(...)

E: Mas tem algum tratamento previsto nesta nova modalidade de plano?

D: Não.

(...)

E: Então qual é a diferença de uma clínica popular, que oferece basicamente as mesmas consultas e exames? O consumidor paga antecipadamente por um plano de saúde pelo risco daquele tratamento se transformar numa conta impagável. Por que pagar em avanço e não quando necessitar de consulta e exame de forma avulsa?

D: Não seria melhor, na minha opinião.

(...)

E: Confesso que ainda não entendi a diferença.

D: Com o cartão de desconto, toda vez que tiver que passar numa consulta, o consumidor tem que pagar.

E: Sim, mas qual a diferença na abrangência?

D: Quando ele tiver que fazer um exame, ele tem que pagar aqui. No novo plano ele estará protegido pela lei, ele está protegido pelas regras da ANS, vai ter que ter uma consulta em até 14 dias. O consumidor vai ter uma linha de cuidado.

Evidentemente, não é possível extrapolar a posição do Diretor entrevistado a toda a Agência, mas, assumindo que os argumentos apresentados na entrevista sejam os mesmos que baseiam a Nota Técnica, a distorção do argumento a respeito do “mercado não regulado” fica evidente.

Da entrevista, é possível extrair que não se pretende alterar o tipo de serviço ou modelo assistencial oferecido pelas “clínicas populares” e “cartões de desconto”, mas apenas alterar o esquema de financiamento para adicionar um elemento de pré-pagamento. Aliás, é importante notar que o pós-pagamento tampouco está excluído da proposta nos termos



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

apresentados, já que será permitida a cobrança de taxa de coparticipação de até 30% dos serviços cobertos pelos “semi-planos”.

Por outro lado, é preciso ressaltar que a novidade da preocupação da Agência com um “mercado não regulado” de prestadores poderia ser bem vinda, considerando que a regulamentação e fiscalização de prestadores de serviços de saúde, apesar de ser sua competência explícita (art. 4º, incs. XXIV, XXVI, XXVII e XXXI da Lei nº 9.961/2000), não é cumprida.

Atualmente, a Agência não regula ou fiscaliza prestadores não hospitalares, permitindo, entre outros, credenciamentos em massa, credenciamento de estabelecimentos de baixíssima qualidade de atendimento, credenciamento de estabelecimentos que adotam práticas fraudulentas, entre outros. Contudo, diferentemente do quanto anunciado na Nota e na entrevista mencionada, nenhum destes aspectos parece compor a preocupação com a ausência de regulação de parte do mercado.

erro 6

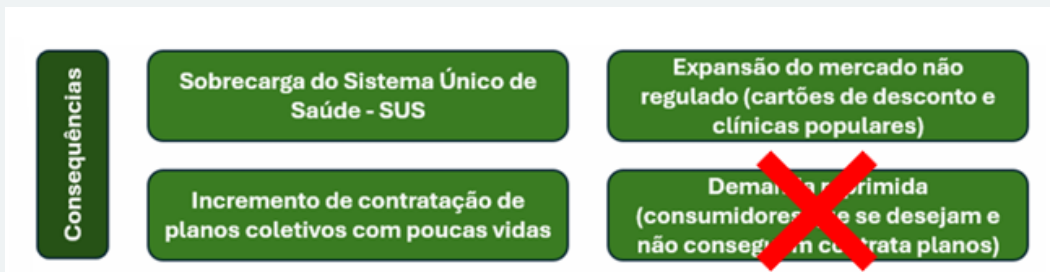


Distorção de
consequências:
o caso do “desejo”

Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

ERRO 6: Distorção de consequências: o caso do “desejo”



A alusão a pesquisas de mercado que revelam desejos da população de possuir “planos de saúde” é muito frequente entre representantes de empresas de planos de saúde para justificar propostas de redução de coberturas e, conseqüentemente, de preço dos produtos. Na proposta de “semi-planos”, foi a vez de a ANS assumir o mesmo argumento.

Embora não elenque claramente os elevados preços entre as causas da dificuldade de acesso a planos por pessoas naturais, a Nota Técnica revela, em vários pontos, um objetivo de baratear os planos de saúde. A suspensão da vedação à cobrança direta do beneficiário pela operadora de plano coletivo por adesão, por exemplo, é justificada como uma redução de custos de transação que se reverteria em menores preços aos consumidores (item 6.6). Adiante, a Nota Técnica autoriza que, no âmbito do “plano inovador”, as OPS possam utilizar diversos meios de controle de custos, como “porta de entrada”, direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso, além da coparticipação (item 6.9).

Contudo, é justamente no aspecto mais decisivo do produto que a Nota Técnica parece querer escamotear a verdadeira razão de ser do experimento. A cobertura do “semi-plano” é limitada a consultas e exames eletivos, segmentação que nunca esteve prevista na Lei de Planos de Saúde e que, se explicada para qualquer pessoa leiga, jamais seria entendida como o mesmo “plano de saúde” objeto da pesquisa de mercado. Não inclui, portanto, atendimento de emergência, internações, cirurgias e toda a sorte de procedimentos médico-hospitalares. A justificativa apresentada para essa segmentação é, no mínimo, enigmática: “viabilizar uma análise mais precisa dos impactos positivos e negativos do SBR”.

Atualmente, o mercado de planos de saúde já é altamente estratificado. Apesar de haver uma homogeneidade formal das coberturas, os serviços efetivamente acessados pelos



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

beneficiários variam tanto quanto os preços das mensalidades. Basta consultar um corretor de planos para constatar que há planos de primeira, segunda, terceira e até quarta categoria. A variação não se limita à marca dos hospitais, ao número de canais de televisão do quarto ou à quantidade de fios dos lençóis oferecidos. Os usuários de planos de baixo custo simplesmente não conseguem acessar os serviços de maior complexidade previstos no rol mínimo de coberturas. Frequentemente, precisam recorrer ao Judiciário ou ao SUS, como os dados públicos de judicialização e ressarcimento revelam de forma clara.

A proposta da ANS é, literalmente, a de criar um plano de quinta categoria. Um “semi-plano”, que nem mesmo formalmente prevê as coberturas mínimas estabelecidas na legislação. Os usuários dos planos experimentais pagarão por um produto completamente inadequado às suas necessidades de saúde, que obviamente não se encerram na realização de consultas e exames eletivos, tendo que arcar com elevadas taxas de coparticipação. A “planificação” dos cartões de desconto é uma solução para o mercado que não resolve o problema de saúde dessas pessoas. A proposta pressupõe a existência de um sistema público universal a que essas pessoas terão de recorrer sempre que precisarem de procedimentos mais custosos; contudo, o “semi-plano” será, justamente, o responsável por afastá-las das linhas de cuidado e das ações de promoção e prevenção de saúde organizadas pelo SUS.

Para além disso, é fundamental ter em conta que **as consequência da proposta extrapolam os usuários dos “semi-planos”, afetando também os consumidores que hoje têm acesso a redes credenciadas com abrangência definida pela Lei 9.656/98.**

Em primeiro lugar, um padrão assistencial proposital e rigidamente “puxado para baixo” estabelece um circuito com profissionais mal qualificados, em instalações físicas precárias. No médio e longo prazo, as OPS, que já reduziram drasticamente suas redes credenciadas quantitativa e qualitativamente, poderão destinar esta oferta de baixíssima quantidade e qualidade aos clientes “indesejáveis”, especialmente idosos e portadores de condições pré-existent. Isso se torna mais grave na medida em que a maior parte dos planos vigentes



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

é da modalidade coletivo empresarial, não sendo escolhidos pelos usuários finais, mas pelos empregadores. A legitimação de um plano restritivo abre a porta para a redução de custos das empresas contratantes, a partir da escolha do “semi-plano”.

Em segundo lugar, o valor muito elevado de coparticipação de 30% para consultas e exames pressiona os gastos diretos de indivíduos e famílias com saúde e exige que serviços de saúde, além da tradicional conferência de estar em dia com pagamento do plano, passem a condicionar atendimentos de casos agudos, exigentes de acompanhamento ou crônicos agudizados ao pagamento imediato e, a depender do procedimento considerado, relativa ou absolutamente caro.

Em terceiro lugar, um “plano de saúde” que impede a assistência a problemas muito frequentes, que podem ser agravados em função de fluxos incorretos de demanda, tenderá a retardar a chegada de casos precoces no SUS. Diagnósticos tempestivos de cânceres, problemas cardíacos, ortopédicos exigentes de cirurgias ficarão perdidos em meio à intencional oferta de assistência apenas sintomática do “novo produto”.

erro 7

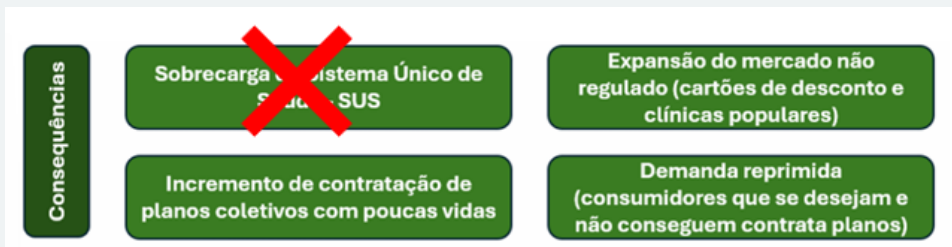


Distorção de
consequências:
o caso da sobrecarga

Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

ERRO 7: Distorção de consequências: o caso da sobrecarga



Por fim, como último e possivelmente pior dos erros, a Nota Técnica atribui a “sobrecarga” do SUS à restrição de acesso a serviços privados de saúde. Essa premissa não encontra respaldo em qualquer evidência científica.

Ao contrário, um universo vasto e crescente de pesquisas produzidas ao longo das últimas décadas demonstra que não há uma relação de cooperação e complementaridade entre SUS e mercado. Ao contrário, **as esferas pública e privada de assistência à saúde disputam entre si recursos econômicos, políticos e simbólicos, que perpassam as dimensões do financiamento, da infraestrutura, dos recursos humanos e da utilização das duas redes de provisão, que são altamente imbricadas entre si.**

Um “semi-plano” que objetiva propiciar cuidados precários, sem seguimento, sem monitoramento de condições crônicas e que relega ao SUS justamente os tratamentos das condições diagnosticadas - via de regra, mais caros e mais escassos do que quaisquer consultas ou exames - terá consequências dramáticas na oficialização de um esquema público de saúde de baixa cobertura. Integrantes de uma família, moradores de um mesmo domicílio, passariam a contar com pessoas que, além de pagarem o plano e por cada procedimento, passando pela *via crucis* de estar com o cartão em dia e ter dinheiro na hora do atendimento, teriam que encontrar estratégias individualizadas e nem sempre adequadas de encaixe no SUS. Por “integração público-privada” o “semi-plano” entende que os usuários devem se virar sempre que precisarem de medicamentos, exames que exigem internação e quaisquer terapias via venosa realizadas em regime ambulatorial.

Assim como no caso da regulação da rede, a Nota Técnica traz poucos elementos para permitir uma análise mais aprofundada sobre a “redução de sobrecarga” pretendida. Para



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

preencher algumas lacunas, é útil retornar à já citada entrevista com o Diretor da Agência responsável pela área que formulou a proposta:

E: Então, o que o se faz basicamente é diagnóstico. Se fui a um ortopedista descobri uma tendinite ou uma hérnia cervical preciso buscar a fisioterapia no SUS, certo?

D: Sim, você tem exames e diagnósticos.

E: (...) O maior gargalo do SUS é o atendimento de média e alta complexidade, essas pessoas que terão os exames e o diagnóstico passam na frente no atendimento, já que esses outros brasileiros ainda estariam esperando consultas e exames? Como faz, abre uma fila paralela? Entra na fila de quem ainda não fez nem o primeiro atendimento? Como vai ser essa integração com a rede do SUS?

D: É preciso entender que um produto que tenha como finalidade atendimento e atenção primária e secundária tem uma resolutividade de quase 80% dessas pessoas. Então, a gente vai diminuir e muito o atendimento do SUS.

Locais onde houve aumento de clínicas populares há um decréscimo do ponto de vista de atendimento do SUS.

O SUS ele já é para todos nós, estamos falando mesmo brasileiro. O SUS é fila única.

E: Exatamente essa é a minha questão, se a fila é única, onde entra esse brasileiro, novo usuário de plano de saúde, que já tem seu exame e diagnóstico? Vai ter que passar de novo por uma triagem?

D: Não. Eu disse que esse projeto vai ter uma integração com a Rede Nacional de Dados de Saúde. Esse paciente vai ter os seus dados de atenção primária e secundária com ele, tudo conectado com o SUS.

E: Então ele passa por uma fila por fora. Se eu tenho milhões esperando o exame de mama e chego com meu diagnóstico de câncer de mama, vou direto para o mastologista, ou para o cirurgião. E hoje não é assim.

D: Vamos votar para macro discussão.

E: Podemos voltar, mas quero entender como é que vai funcionar.

D: Quero voltar para a macro, porque se a gente continuar discutindo sem nenhuma solução para o SUS.

Na interpretação mais benevolente das declarações, conclui-se que o alívio da sobrecarga alegada consistirá em um instrumento “fura-fila” para quem tenha capacidade de pagamento para acessar os “semi-planos”. Na menos complacente, tem-se um cenário sugerido em que as OPS oferecerão (se é que o garantirão de fato) os serviços mais baratos e relegarão ao sistema público a incumbência de financiar os tratamentos mais caros, mais demandados, menos acessíveis e mais determinantes para os indicadores de saúde da população.



Jogo dos 7 erros

ilegalidades e riscos da proposta da Diretoria da ANS de criação de planos de saúde sem coberturas mínimas

Como o próprio Diretor reconhece em outro trecho da entrevista, o principal problema do alcance do SUS está relacionado ao seu subfinanciamento crônico. Hoje, o SUS seria um milagre com os limitados recursos per capita de que dispõe. Contudo, contraditoriamente, a “solução” proposta é, justamente, a de imputar ao SUS os maiores gastos com serviços de saúde enquanto, simultaneamente, eleva os gastos tributários relacionados à prestação de serviços privados.

Por essas e outras razões que não caberiam neste documento, o crescimento do mercado não se traduz em alívio para o SUS. Isso já não ocorre com os planos regulados de acordo com a regulação e, tampouco, viria a ocorrer com a proposta de plano desregulado que a DICOL da ANS está propondo. Uma das maiores provas disso é a utilização abundante e seletiva do SUS por beneficiários de planos de baixo custo, que têm cobertura negada e são obrigados a recorrer ao sistema público mesmo tendo direito contratual ao serviço privado. Essa utilização ocorre, de forma mais recorrente, justamente para os serviços de maior complexidade e maior custo. A cobrança de ressarcimento do SUS pelos serviços prestados, da qual a direção da ANS deveria se ocupar, nunca foi plenamente efetivada a ponto de coibir a prática. As OPS que mais negam cobertura são justamente aquelas que mais devem ao SUS, judicializando as cobranças e questionando os valores cobrados pelos serviços prestados pelo sistema público a seus clientes.

Definitivamente, o objetivo da proposta da direção da ANS passa completamente ao largo do desenvolvimento do sistema de saúde universal e integral previsto na Constituição Federal e concretizado na política do SUS. O crescimento de “semi-planos” não apenas agravaria a crise de financiamento do SUS via elevação dos gastos tributários, como também traria implicações de desorganização assistencial, fragmentação da demanda e sobrecarga dos serviços não cobertos pelo plano desregulado que se pretende testar, coincidentemente, aqueles que apresentam maior custo.

