

1 - Considerações iniciais da ASSETANS sobre a Proposta de Plano Acessível de Saúde

A Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS - ASSETANS, conforme deliberação de seus associados, reunidos em assembleia realizada em 05/07/2017, vem através desta apresentar sua contribuição sobre a proposta de “Plano de Saúde Acessível”, como resultado da Portaria nº 1.482, DE 4 DE AGOSTO DE 2016, do Gabinete do Ministro da Saúde.

A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo sua execução ser feita diretamente pelo Estado através do Sistema Único de Saúde e, de forma livre e complementar, pela iniciativa privada. Não é atribuição do Estado fomentar a oferta de planos privados de atenção à saúde.

A principal motivação utilizada pelo Ministério da Saúde para a criação de “planos acessíveis” foi a recessão econômica e a elevada taxa de desemprego que fizeram com que 1,5 milhões de pessoas deixassem de ter plano de saúde em 2016. Segundo o Ofício nº 60 GS-SAS enviado para a ANS *“a redução da massa segurada eleva as despesas per capita das operadoras e impacta na precificação do produto, o que dificulta ainda mais o acesso da população à saúde suplementar.”*. Entretanto, conforme dados da ANS, as operadoras conseguiram aumentar seus ganhos no período da crise: a receita das empresas cresceu 12%, e o lucro líquido aumentou 66%.

As propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde não atendem aos requisitos legais e regulatórios vigentes e incluem 3 diferentes tipos de planos, cujas características limitam coberturas garantidas pela Lei 9656 e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada segmento hoje existente (ambulatorial, hospitalar ou a combinação dos dois), principalmente, no que tange a restrição de cobertura, ao tempo de atendimento e ao estabelecimento de mecanismos financeiros de regulação que se configurem como fator restritor severo, inviabilizando a utilização do serviço.

A ASSETANS expressa ainda sua preocupação com o fato de que o projeto de Lei 7419 de 2006, que tramita no congresso nacional, possa ser objeto de alterações de última hora que venham a alterar a Lei nº 9656/1998 de forma a viabilizar a implementação das propostas de “planos acessíveis”, com possíveis efeitos deletérios para os consumidores e com provável aumento dos níveis de judicialização decorrentes da contratação, culminando com posterior frustração por parte dos consumidores ao necessitarem de assistência à saúde, privando-se de procedimentos e eventos na assistência previstos, porém excluídos pela precariedade da rede disponibilizada ou tendo que suportar solidariamente custos impagáveis do conjunto dos procedimentos (coparticipação).

2 - Contexto

Em 18 de janeiro de 2017, como resultado do GT constituído para análise dos planos de saúde acessíveis (Portaria nº 1.482/GM/MS de agosto de 2016), o Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde enviou à ANS o ofício nº 60- GS/SAS, que compreende a proposição de três modelos de planos de saúde.

Com o intuito de analisar a proposta, a ANS formou um GT em março de 2017 (Portaria nº 8.851, 23 de março de 2017) . Após dois meses de trabalho, a ANS promoveu um debate sobre o tema com representantes das operadoras, prestadores de serviços, administradoras, pesquisadores, entidades de defesa dos consumidores, Ministério Público, OAB, entre outros. Todo o evento está disponível no Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=O-8L4sf7UUU> e as apresentações no site da ANS <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-sobre-planos-acessiveis>

Neste evento foi divulgado que a ANS receberia por e-mail as contribuições sobre o tema até o dia 28 de julho/2017. Como a ANS não apresentou nenhum documento complementar, entendemos que o documento original, ou seja, o ofício nº 60- GS/SAS/2017 é o objeto dessa consulta.

Ressalta-se, no entanto, que tal etapa não substitui a necessidade de detalhamento da proposta atual e de posterior consulta pública, pois esta, além de seguir ritos específicos, precisa ser subsidiada por uma proposta técnica mais detalhada, complementada por Análise de Impacto Regulatório (AIR), dada a relevância e os possíveis impactos no sistema de saúde brasileiro.

Não há no documento detalhamento técnico suficiente para uma análise consistente, limitando o debate e restringindo-o a análises superficiais, sem fundamentação teórica e empírica adequada.

Nesse sentido, não podemos desconsiderar que já existem séries históricas de mais de 10 anos de dados do mercado de saúde suplementar e que desde sua criação, a ANS em conjunto com o Ministério da Saúde tem investido na melhoria da qualidade dessas informações. Concomitantemente é necessário incorporar o conhecimento científico já produzido sobre a saúde suplementar, fruto de investimentos governamentais em pesquisas específicas para a área, gerando teses, dissertações, relatórios técnicos e artigos científicos. Uma parcela desse conhecimento tangencia as propostas aqui apresentadas. Apenas para exemplificar, segue em anexo uma lista, não exaustiva, sobre estudos relevantes para esse debate (ANEXO 1).

As propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde não atendem aos requisitos legais e regulatórios vigentes e incluem 3 diferentes tipos de planos, cujas características limitam as seguintes coberturas garantidas pela Lei 9.656 e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada segmento hoje existente (ambulatorial, hospitalar ou a combinação dos dois):

- a) **Plano Simplificado:** Nessa proposta não há previsão para exames ambulatoriais de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia, contrariando as coberturas previstas para o plano ambulatorial garantido em Lei, por meio de serviços de apoio diagnóstico e tratamentos realizados em ambulatório ou consultório; procedimentos ambulatoriais (inclusive as cirurgias ambulatoriais), mesmo quando realizadas em ambulatórios de hospital, desde que não caracterizem internação; procedimentos ambulatoriais que necessitam de anestesia local, sedação ou bloqueio, quando realizados em ambulatório; procedimentos considerados especiais, como por exemplo: - hemodiálise e diálise peritonial; - quimioterapia ambulatorial; - radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.); - hemoterapia ambulatorial; - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais e procedimentos que, embora não necessitem de internação, precisam de apoio de estrutura hospitalar por período de até 12 horas.
- b) **Plano Ambulatorial + hospitalar:** nessa proposta, quando da necessidade de internação hospitalar, há criação de dupla necessidade de autorização pela operadora, vedada pela legislação/regulação, dificultando ou postergando o acesso hoje garantido após uma única autorização dentro do prazo previsto pela regulação. Ainda, a cobertura do plano dependerá da disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular existente, o que na prática poderia excluir qualquer procedimento ambulatorial ou hospitalar que não se encontre disponível na localidade. Nessa proposta voltaríamos aos tempos pré-regulação quando os contratos excluía, por meio de cláusulas consideradas abusivas pelo judiciário, coberturas que fossem onerosas para as operadoras, mesmo que necessárias para a assistência à saúde e de cobertura obrigatória pela legislação/regulação vigente.
- c) **Plano em Regime Misto de Pagamento:** nessa modalidade as operadoras seriam livres para cobrar um Fator moderador (coparticipação), de 50%, conforme consta nos itens norteadores da proposta do Ministério da Saúde. Nota-se que no despacho 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS, exarado em 31 de julho de 2009, por exemplo, a Agência se manifestou no sentido de que percentuais de coparticipação superiores a 30% eram considerados restritores severos ao acesso aos serviços.

Como se vê, não é correto afirmar que atualmente não há limitações à aplicação de mecanismos de regulação de natureza financeira. Já em 2009 considerava-se um teto máximo estipulado em 30%, que é um percentual inferior ao que está sendo proposto atualmente, sem que se tenham apresentado estudos que demonstrem as razões técnicas para que o limite previsto seja superior a 30%.

A proposta apresentada pelo Ministério da Saúde compreende algumas alterações na forma atual de regulamentação dos planos de saúde e que deveriam ser analisadas separadamente para que se pudesse iniciar uma discussão técnica consistente e que permitisse traçar alguns parâmetros que embasassem a tomada de decisão da ANS

Tal proposta não traz nenhuma novidade. Nada mais é do que a reedição da Medida Provisória 2177-43, de 27 de julho de 2001. Essa medida provisória trazia importantes alterações na Lei 9656, tais como a inclusão do artigo 12-A com a seguinte previsão:

“a ANS poderá autorizar disponibilização ou comercialização de produtos ou planos privados de assistência à saúde, com segmentações, subsegmentações e exigências mínimas diferenciadas e específicas, como, por exemplo, plano ou produto com cobertura assistencial condicionada à disponibilidade dos serviços de assistência à saúde na respectiva área de abrangência”.

Portanto, já estava aí presente a proposta do plano regional, garantindo somente a cobertura de especialidades e serviços disponíveis na região. Além disso, a mesma medida provisória trazia no seu artigo 16 um texto que apontava para o mecanismo de porta de entrada, outra característica presente nas propostas do Ministério da Saúde:

“plano de acesso: aquele em que o usuário tem direito a assistência à saúde por meio de garantia de acesso à rede hierarquizada de serviços, com mecanismos de regulação definidos pela a ANS”.

Como seria esperado, essas alterações sofreram críticas e foram questionadas por parlamentares e órgãos de defesa do consumidor.

A Dra Lynn Silver, representando o IDEC, no Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde em agosto de 2001 alertou sobre as modificações propostas:

“O mais grave na medida provisória é o art. 12-A que autoriza a agência a aprovar planos de saúde ou produtos com segmentações, subsegmentações ou exigências mínimas diferenciadas com cobertura assistencial condicionada à disponibilidade do serviço na área de assistência ou organizado em sistemas hierarquizados e gerenciados. O artigo que proíbe a exclusão de doenças e a limitação quantitativa de procedimentos, pelo que entendemos – talvez sejamos todos analfabetos, não sei – , mas a principal forma de segmentação que restaria seria o velho truque da exclusão de procedimentos. Entendemos que, mais uma vez, surgiriam os planos que abandonam o usuário na hora do aperto, já não excluindo doenças como antigamente, mas excluindo os procedimentos caros que tratam a doença. Por exemplo, o plano que cobre câncer não cobre quimioterapia, porque não há nesse município ou porque tenha sido subsegmentado, ou deixa de cobrir hemodiálise. Justamente o fim desse tipo de exclusão foi uma das grandes vitórias da lei de 1998. O art. 12-A realmente estende esse absurdo, discriminando os moradores do interior e das regiões mais distantes, estabelecendo que a agência poderia aprovar planos que não cobrem os procedimentos necessários quando estes não estão disponíveis na área de abrangência do plano.”

Ainda nesse Simpósio, o deputado federal Rafael Guerra frisou que quando começamos a falar em segmentação e subsegmentação, estamos abrindo mão da integralidade. Estamos oferecendo parcelas de serviços ou, às vezes, até serviços de segunda categoria. O sistema público tem de ter o papel regulador, sim, por meio do controle social, e também precisa entender que todas as vezes que abrir mão da integralidade estará sendo onerado, porque

planos de atendimento parcial jogam os procedimentos de alto custo para o sistema público. O deputado Henrique Fontana destacou ainda que

“precisamos fazer essa primeira grande escolha, que, na minha opinião, é a seguinte: ou aceitaremos a lógica de caminhar em direção à integralidade da atenção à saúde, com limites pactuados em situação “a” ou “b”, que podemos contemplar, ou caminharemos em sentido inverso, que seria no sentido da desregulamentação da precarização progressiva do direito de atendimento, porque é preciso baixar o preço, cada vez mais, de outros produtos para absorver uma parcela maior de cidadãos que passariam a ser clientes ou usuários de planos privados de saúde. Penso que caminhar na segunda direção que coloquei é ruim para o país, pois vamos criar um mercado onde teríamos centenas ou milhares de produtos com “n” limitadores para atender o poder aquisitivo de uma determinada parcela da população.”

Conforme bem analisado por Andreazzi¹ estas alterações inseridas na medida provisória

“viriam sob a forma de produtos opcionais, mais baratos, com controles mais rígidos de utilização de forma a, pretensamente, poder reduzir custos”.

Andreazzi ressalta a forte reação de órgãos de defesa do consumidor, de entidades médicas e hospitais, favorecidos pelo momento pré-eleitoral e um eventual desgaste do ministro da saúde José Serra, que seria o candidato à presidência nas eleições de 2002. Andreazzi alertou

“que apesar da forte reação da sociedade – órgãos de defesa do consumidor, entidades médicas e de hospitais -- nada garante que as respostas contidas nessa MP, no campo da continuidade do modelo atual da relação público-privada, não tenham sido apenas adiadas para uma conjuntura política mais favorável”.

E a conjuntura política favorável chegou. Ao longo de todos os anos, as entidades representantes das operadoras de saúde sempre expuseram a intenção de subsegmentar a assistência, possibilitando a oferta de produtos supostamente mais acessíveis.

Somente no momento em que o cenário político do país se modifica de forma abrupta e traumática, com um impeachment e um quadro político instável, se apresenta a janela de oportunidade de uma modificação de vulto na regulamentação do setor de saúde suplementar, a reboque de outras modificações legislativas que favorecem o empresariado de diversos setores.

Nesse momento, portanto, as antigas intenções são ressuscitadas pelo setor privado de saúde, tomam forma e avançam com a justificativa adicional de que o setor vive uma grave crise.

¹ https://www.researchgate.net/publication/35685026_Teias_e_tramas_relacoes_publico-privadas_no_setor_saude_brasileiro_dos_anos_90

Alegam as operadoras que a crise econômica e a recessão afetaram diretamente o setor, o que seria comprovado com a reversão do aumento no número de beneficiários.

Ora, se observarmos os números do setor, houve, de fato, uma redução no número de beneficiários vinculados aos planos de assistência médica, em um percentual de 5,3% quando comparamos dezembro de 2014 a dezembro de 2016.

Com relação à redução de beneficiários esta foi proporcionalmente semelhante em todos os tipos de vínculos contratuais: coletivo empresarial (5,3%), individual (4,8%) e coletivo por adesão (4,4%). Porém quando se consideram os grupos etários houve aumento de 4% de beneficiários idosos, com perda de 7% de beneficiários jovens (até 19 anos) e de 6,3% de beneficiários de 20 a 59 anos.

É possível que os idosos tenham mantido seus planos de saúde seja por considerarem sua condição de saúde que exige cuidados regulares, seja em razão de terem mantido seus rendimentos. Fato é que esse grupo, tão estigmatizado e indesejável para as operadoras de saúde pode ter sido um dos fatores que levaram as operadoras de saúde a um lucro líquido de 6,4% em 2016.

Os dados incomodam as empresas de saúde, sobretudo, porque estas, naturalmente ávidas por lucros e avessas aos riscos, fizeram a opção de comercialização de contratos empresariais. Em um período de 4 anos, de dezembro de 2010 a dezembro de 2014, os vínculos coletivos empresariais tiveram um crescimento de 23%, enquanto os vínculos individuais cresceram 4,7%.

Limitadas a esse contexto onde se privilegia os vínculos coletivos empresariais, restritas a um modelo comercial no qual lhes interessa o repasse dos custos e do risco, e em que ocorre uma seleção etária de suas carteiras, o setor desenterra uma agenda que propõem a desregulamentação, com foco em maior diversidade de produtos, com menores obrigações regulatórias e redução do risco.

Na contramão desse dogma de se evitar contratos individuais, selecionando riscos, uma operadora aposta exatamente no contrário e, no período considerado de crise, apresenta um crescimento de 21% em sua carteira, passando de 270 mil para 327 mil beneficiários². Interessante pontuar que, em 2017, essa empresa reajustou seus contratos com um percentual de 6,55%, a metade do que fora autorizado pela ANS.

E com isso o setor mostra-se arcaico, preso aos velhos dogmas de seleção de risco, exclusão de coberturas, repasse dos custos, exatamente como se passava antes da regulamentação do setor. Entretanto sempre é bom lembrar que se existe a previsão constitucional do artigo 199, da assistência à saúde livre à iniciativa privada, também deve-se atentar para o artigo 197, que destaca como de relevância pública as ações e serviços de saúde. Nesse sentido, se por um lado as empresas estão livres para a comercialização da assistência à saúde, por outro lado existe o dever social de prestar um serviço que garanta o acesso, o cuidado e a atenção integral em saúde.

²Prevent Senior dados disponíveis em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>

Ao invés de se buscar um aprimoramento dos modelos de atenção, a constituição de redes hierarquizadas, o monitoramento das necessidades dos beneficiários, a inovação nas formas de remuneração, as empresas de saúde voltam-se para antigas práticas de lobbies políticos e de captura, acenando para uma assistência parcial, recontada de acordo com as conveniências do mercado.

Interessante alertar que nos EUA discute-se sobre o risco de que modificações na legislação favoreçam o crescimento de planos de “junk insurance”, planos de saúde com mensalidades mais baratas, com coberturas variadas, porém reduzidas e fragmentadas, e altos percentuais de co-pagamento, levando os beneficiários a despesas imprevistas que impedem o acesso à saúde³.

A própria Lei 9656 buscou a padronização dos tipos de produtos que poderiam ser ofertados. A homogeneização dos produtos evita que o consumidor seja induzido a contratar uma assistência que não o ampare no fragilizado momento de necessidade. A propagada vantagem de um menu com uma enorme variedade de opções, combinações e produtos é enganosa para o beneficiário quando se trata de assistência à saúde e uma grande variedade de opções pode levar a escolhas erradas⁴.

A informação assimétrica ocorre quando uma das partes da transação possui mais informação, seja quantitativamente ou qualitativamente, que a outra. Trata-se, em microeconomia, de uma falha de mercado.

Em se tratando de uma falha de mercado, a assimetria de informação, portanto, deve ser objeto de medidas regulatórias que a mitiguem e garantam isonomia e equidade às relações firmadas.

Relativamente às relações de consumo, nas quais se enquadra a comercialização de planos privados de assistência à saúde, o Código de Defesa do Consumidor trouxe disposições para atender ao princípio da simetria da informação nas relações de consumo.

A Política Nacional das Relações de Consumo, elencada no art. 4º do CDC, determina o dever de transparência nas relações de consumo. O dever de informação também aparece como direito básico do consumidor, no art. 6º, III, do CDC, que garante o acesso à *“informação adequada e clara sobre os diferentes e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre o risco que apresentem”*.

O dever de informar também está disciplinado na regulamentação das práticas comerciais. O art. 31, do CDC, dispõe que:

"A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa, sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores."

³ <https://www.nytimes.com/2017/07/15/health/senate-health-care-obamacare.html>

⁴ http://consumersunion.org/pdf/Too_Much_Choice_Nov_2012.pdf

Assim sendo, verifica-se que a preocupação com a assimetria de informação e a necessidade de mitigá-la perpassa o regramento jurídico das relações de consumo brasileiro.

Vale lembrar que, nos termos do art. 4º, inciso XXXVI, da lei nº 9.961/2000, cabe à ANS: *“articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na [Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990](#);*”

Logo, sendo a assimetria de informação uma das falhas de mercado presentes no mercado brasileiro de saúde suplementar, cabe também à ANS adotar medidas para mitigá-la e zelar para que as relações de consumo na saúde suplementar sejam permeadas pela simetria de informação.

Feitas essas considerações iniciais, no que concerne às propostas de planos acessíveis apresentadas pelo Ministério da Saúde, a assimetria de informação aparece com grande importância.

As propostas apresentadas aprofundam a assimetria de informação já tão presente no mercado de planos privados de assistência à saúde, o que merece uma análise detida.

Diversas entidades manifestaram-se publicamente contrárias aos “planos acessíveis”, como por exemplo, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Fiocruz, Conselho Federal de Medicina, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Frente Parlamentar Mista em Defesa do SUS, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, o SNDC, Abrasco e Cebes.

O conselho Nacional de Saúde se posicionou contra as estratégias de aumento da privatização da saúde no cenário nacional. Para os conselheiros, a criação de um plano de saúde “popular” não resolveria os problemas do sistema de saúde e enfraqueceria a rede pública. O CNS defende que sejam alocados mais recursos públicos para o SUS visando um sistema de qualidade para todos. O Ministério Público também se posicionou, por meio da nota técnica nº 03/2017 PFDC, de 20 de março de 2017 disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude/sus/nota-tecnica-3-2017-pfdc-mpf>, concluindo que a proposta de “planos de saúde acessíveis” encaminhada à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não oferece vantagens ao setor público. Ao contrário, desorganiza o SUS, em clara ofensa à sua disciplina constitucional, e não é sequer garantia de benefício aos seus eventuais consumidores.

Face ao exposto, segue uma análise preliminar da proposta de planos acessíveis apresentados pelo Ministério da Saúde e debatidos sob a coordenação da ANS.

3 - Análise da proposta

Inicialmente, em relação à proposta de “plano simplificado”, o Ministério da Saúde dispôs no seguinte sentido, *in verbis*:

“Cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnósticos e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência hospital dia. Por meio do Plano Simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas.”

É possível identificar problemas de assimetria de informação no conceito basilar da proposta, qual seja: “atenção primária”.

Os beneficiários de planos privados de assistência à saúde poderiam se fazer inúmeras perguntas sobre esse plano: O que é atenção primária? Quais os procedimentos cobertos pela atenção primária? O que é um procedimento de baixa e média complexidade? Atenção primária é a mesma coisa que plano ambulatorial?

A disparidade de informação entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os beneficiários torna-se ainda maior em relação aos problemas já existentes atualmente. Além disso, a própria definição do que deverá ser coberto por um plano que só garanta atenção primária é algo obscuro, pois não há definição de procedimentos garantidos por essa modalidade.

Surge, portanto, outra dúvida: as operadoras teriam liberdade para determinar o que o contrato garante? Caso a resposta seja positiva, voltaríamos para o *status quo* existente antes do marco regulatório, ou seja, um mercado “desregulado”.

Do ponto de vista da assimetria de informação, um mercado que permita a comercialização de produtos sem uma parametrização mínima, no qual possa haver subsegmentação e cada empresa possa “personalizar” os produtos que oferece aos beneficiários, afeta a comparabilidade entre produtos ofertados, dificultando a escolha do consumidor.

A respeito do que vem a ser atenção primária, a [Organização Mundial da Saúde](#), na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, afirmou que:

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e

constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde⁵.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do próprio Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, por sua vez, define a Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

Portanto, como se vê, os conceitos relacionados à atenção primária representam estratégias em saúde a serem adotadas e não procedimentos elencados ou modelos para a contratação de serviços.

Cabe destacar que os princípios norteadores da atenção básica, de acordo com o Ministério da Saúde são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Como se vê, a proposta apresentada não atende às próprias diretrizes da política nacional de atenção básica, pois não garante a integralidade do cuidado, dentre outros aspectos, e ao contrário, amplia a fragmentação e a descontinuidade do cuidado.

Além disso, atualmente, a Lei nº 9.656/98 já prevê a segmentação de contratação ambulatorial. Ora, a criação de uma nova segmentação que ofertasse uma cobertura menor de serviços, leva, inequivocamente a um aprofundamento da desigualdade de informação entre operadoras e beneficiários, pois gera uma enorme confusão entre o que é um plano ambulatorial e um plano que só cubra atenção primária.

⁵ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

Considerando que um dos princípios da atenção primária é a integralidade do cuidado⁶, até mesmo profissionais de saúde teriam dificuldade para compreender qual o escopo do plano simplificado.

A outra proposta de Ministério da Saúde é o chamado Plano Ambulatorial+Hospitalar. Essa proposta já gera problemas na própria nomenclatura, que se confunde com as segmentações previstas na Lei nº 9656/98. De acordo com o Ministério, esse plano garantiria:

Cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e a capacidade operacional da rede particular.

Esse produto possui inúmeros problemas, mas atendo-se aos aspectos concernentes à assimetria de informação, é importante destacar o trecho final: “Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e a capacidade operacional da rede particular.”

Ou seja, o beneficiário, ao contratar esse plano, não sabe que riscos poderão ser assegurados, pois a cobertura dependerá da disponibilidade de infraestrutura no município e da capacidade operacional da rede particular.

Ao vincular a cobertura à disponibilidade de serviços, esse plano impossibilita qualquer avaliação quanto aos serviços oferecidos pela operadora, já que a rede assistencial passa por constantes mudanças.

O beneficiário contrataria um plano sem saber minimamente o que estaria garantido em caso de necessidade.

Essa proposta vai de encontro a todos os esforços empreendidos pela regulação de saúde suplementar de definir um rol de procedimentos obrigatórios, bem como de torná-lo de fácil acesso para os beneficiários.

É inegável a existência de uma profunda assimetria de informação no setor (que é inerente à oferta de produtos em saúde), mas atualmente o beneficiário sabe que tem direito à cobertura de procedimentos previstos no rol da ANS.

Pela proposta do Ministério da Saúde, o beneficiário não terá nenhuma condição de saber o que pode vir a ser coberto, pois essa cobertura, inclusive, pode ser alterada de acordo com as mudanças na infraestrutura de rede do município.

Por fim, em relação à proposta de Plano em regime misto de pagamento, as questões envolvendo a intensificação da assimetria de informação já foram abordadas quando da análise de proposta normativa da ANS para regulação de mecanismos financeiros de

⁶ http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

regulação. Essa proposta foi objeto de consulta pública (consulta pública nº 60) no primeiro semestre deste ano, conforme publicação no Diário Oficial da União (DOU), em 24 de março de 2017.

Cabe registrar que a utilização de mecanismos de regulação tem previsão na Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, nos termos do seu art. 1º, “d”; 16, VIII; 18; II e III; e 19, § 5º. A matéria foi disciplinada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 1998, e permanece em vigor desde então. Ademais, versam sobre o tema, o parecer da PROGE nº 414/2013/GECOS/PROGE-ANS/PGF, o Despacho 611/2009/GGEO/DIPRO/ANS e o processo nº 33902.270680/2015-15.

É importante destacar que fatores moderadores como coparticipação e franquia são, por definição e natureza, mecanismos de cofinanciamento e que são relacionados à falha de mercado conhecida como risco moral⁷. Tais mecanismos têm a possibilidade de reduzir a sobreutilização de serviços de saúde, particularmente os ambulatoriais, mas também inibir utilização adequada dos serviços.

Considerando que a maioria dos eventos em saúde são imprevisíveis, quando não se estabelece limites máximos para o uso de fator moderador, anual ou mensal, o beneficiário não tem informação de quanto deverá desembolsar além da mensalidade. O limite, ora exposto, de até 50%, refere-se ao limite por evento/procedimento, ou seja, a depender das condições de saúde do beneficiário e da necessidade reiterada de serviços, esses valores podem ser extremos. O efeito cumulativo de 50% sobre cada procedimento realizado pode resultar em uma contribuição “impagável”, expulsando os beneficiários dos planos quando estes estão mais vulneráveis devido a doença que está gerando maior necessidade de uso de serviços.

Vale registrar que na proposta de normativo da ANS, objeto de consulta pública nº 60, o limite por procedimento foi de 40% e nos entendimentos vigentes esses valores chegam até 30%. Portanto, um percentual de 50%, aqui apresentado, é maior do que é praticado atualmente e daquele proposto pela ANS. Contudo, o limite por procedimento é apenas um aspecto que deve ser analisado em planos com mecanismos de regulação financeira, nesse sentido, a Assetans produziu um documento para a consulta pública de mecanismos de regulação com intuito de contribuir com essa discussão, levantando os principais pontos a se considerar na elaboração deste normativo.

Por todo o exposto, o que se verifica é que as propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde revelam uma conduta que vai de encontro à regulação, pois não objetivam reduzir a assimetria de informação enquanto falha mercadológica, mas sim aprofundá-las.

Saliente-se que a assimetria de informação é uma falha de mercado extremamente gravosa para os consumidores, pois pode induzi-los a fazerem escolhas ruins, inadequadas e até mesmo prejudiciais à saúde.

⁷ Stancioli A E. Incentivos e Risco Moral nos planos de Saúde no Brasil [Dissertação de mestrado]. Instituto de pesquisas econômicas, Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2002.

No ofício nº 60- GS/SAS/2017, além dos três tipos de planos de saúde, são apresentados, também, os norteadores que foram a base dos três planos propostos. Não está claro se tais norteadores são pré-requisitos que poderiam ser aplicados para além dos planos acessíveis, são componentes dos planos ou mesmo uma construção teórica sobre a proposição. Optamos, então, por analisar alguns desses itens separadamente, uma vez que existem neles elementos que não estão especificados nos três planos.

Protocolos Clínicos Definidos: adoção de protocolos clínicos objetivos, de uso obrigatório e que não devem ser diferentes daqueles adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O dispositivo garante a segurança do paciente, orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento;

A despeito da necessidade de utilização dos Protocolos clínicos na orientação da prestação dos serviços de saúde, sua utilização obrigatória é um tema controverso, fazendo-se necessário um amplo debate que compreenda os diversos atores e questões envolvidas. Cabe ressaltar que já existem no contexto nacional iniciativas abrangentes e que consolidam um grupo de profissionais com expertise sobre o tema. A própria ANS já tem iniciativas de promoção do uso de protocolos e diretrizes clínicas em parceria com entidades profissionais e instituições de pesquisa. Ressaltam-se dois projetos com relevância nacional nesse tema, em nenhum deles as diretrizes/protocolos são compreendidos como estratégias que devem ser usadas obrigatoriamente, devido a complexidade das questões relacionadas aos diagnósticos e terapêuticas e suas múltiplas interações na prática clínica:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas : volume 3 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Projeto Diretrizes: iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina disponível online <http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/>

Recomposição de preços com base em planilhas de custo: o plano acessível de contratação individual deve ter regra de reajuste diferente da adotada atualmente pela ANS, permitindo à operadora recompor o aumento do custo;

Não é apresentada justificativa para que esses planos tenham tratamento diferenciado em relação à recomposição de preço, como também, não há definição se esses modelos seriam aplicados de forma coletiva ou individual, o que compromete essa análise.

Se o objetivo é constituir planos acessíveis, a possibilidade de aumento por planilha de custo sem limite dado pela ANS, ou seja, maior do que o aprovado pela agência, pode levar a aumentos que limitem em poucos anos o acesso o que vai de encontro a sua proposta. Se após todas as restrições de atendimento, com vistas à redução de custos, esses planos precisarem de aumento maior do que vem sendo aprovado pela ANS, podemos questionar o principal argumento da proposta, qual seja, melhorar o acesso aos planos de saúde.

Fica claro aqui que o principal objetivo é reduzir a regulação sobre os planos, repassando integralmente os riscos para os beneficiários. Além do mais, os aumentos por planilhas de custos são de difícil fiscalização e são muito sujeitos a variações pontuais em grupos pequenos de beneficiários.

Obrigatoriedade da segunda opinião médica (alta complexidade): A obrigatoriedade de segunda opinião médica, nos casos de maior complexidade, garantirá que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais e evitará o uso desnecessário de recursos, evitando desperdícios;

Em relação a esse item, resta-nos uma dúvida: Qual será a conduta escolhida em caso de divergência? Tal ação vai de encontro à autonomia profissional. Nota-se que a ANS já tem normativo que dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras (Resolução Normativa nº 424, de 27/06/2017).

Revisão dos prazos de atendimento: prazo de 7 (sete) dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). Para as demais especialidades, sugere-se alongar de 14 (quatorze) para 30 (trinta) dias. Para cirurgias eletivas e programadas, sugere-se a alteração de 21 (vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias;

Para este item, também não há justificativa técnica para que esses planos pratiquem prazos de atendimento diferenciados, uma vez que não é apresentado nenhum estudo que avalie se o prolongamento desses prazos irá ou não agravar o estado de saúde dos indivíduos. É preocupante estabelecer regras que levem a diferenças e provavelmente privilégios no tratamento clínico entre os beneficiários. Nesse caso, existirá um grupo de beneficiários para os quais os prazos de atendimento são mais prolongados e isso não ocorrerá por necessidades de atenção à saúde e/ou possibilidade de postergação de um serviço.

4 - Impactos na saúde da população

Relativamente às propostas de “Planos Acessíveis” apresentada pelo Ministério da Saúde, é possível constatar que são modelos de produtos com um enorme potencial para judicialização, porque são repletos de condições que geram insegurança jurídica.

Em relação a judicialização do setor, ano a ano tem aumentado o número de pessoas que ingressam com ações judiciais em face de operadoras de planos privados de assistência à saúde⁸.

Em 2014, segundo o Conselho Nacional de Justiça, havia 209.427 processos em andamento na esfera da saúde suplementar. Em 2016, esse número passou para 427.267 processos, ou seja, 104% a mais⁹.

⁸ http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/1_-_Mario.pdf

⁹

http://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw_\lpainelcnj.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true

Esse fenômeno tem sido discutido pelos círculos acadêmicos, jurídicos e pelo próprio mercado regulado de planos de saúde¹⁰. Um dos pontos mais destacados é relacionado ao aumento dos custos médicos em decorrência da judicialização da saúde.

Para o pesquisador da USP Mario Scheffer a judicialização é resultado de falhas na regulação dos planos privados e da prática indevida das operadoras:

“judicialização é consequência, emite sinais das disfunções, das lacunas, da legislação das práticas indevidas das operadoras e também da atuação frouxa e leniente da agência reguladora, que historicamente foi capturada pelos interesses do mercado que ela devia regular. A judicialização não é o maior problema do sistema de saúde brasileiro. Chamo atenção para a questão dos idosos que têm sido expulsos dos planos de saúde e isso está extremamente judicializado, principalmente por conta de reajustes que agora incidem nas faixas etárias, e ainda os planos falsos-coletivos chegaram aos tribunais como imaginávamos. O plano “P jotinha” – plano de adesão dissimulada em que o corretor mesmo indica para a pessoa entrar numa associação que nem fez parte, que não é da categoria profissional da pessoa. Isso tem levado a judicialização porque esses contratos fogem da regulação, permitem rescisão unilateral do contrato por uso e também o descredenciamento de prestadores. (debate realizado em 28/06/2017 pela Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 7419, de 2006, do Senado Federal, que “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 disponível na íntegra em <https://www.youtube.com/watch?v=wFOv6lkyZJE>)

A esse respeito, cabe destacar que contratos com regras que não sejam claras para o consumidor, que tratem de conceitos jurídicos indeterminados, dentre outros aspectos, são instrumentos que potencializam a insegurança jurídica e a conseqüente judicialização da saúde.

Ao propor um produto, por exemplo, que só garanta cobertura para “atenção primária”, a proposta contradita a própria Constituição Federal que no art. 199 franqueia a assistência à saúde à iniciativa privada. Porém, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde e o art. 198, o atendimento integral é preconizado como uma das diretrizes do SUS .

Portanto, a proposta vai de encontro aos ditames constitucionais, na medida em que fragmenta o cuidado, dando margem à judicialização.

Além disso, a proposta que prevê cobertura em conformidade com a infraestrutura de rede disponível no município não garante nenhuma clareza para o beneficiário, que não teria como prever o que seria coberto pelo contrato já que as infraestruturas de rede são mutáveis.

Importante lembrar que o art. 6º do Código de Defesa do Consumidor garante ao consumidor, como direito básico à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços,

¹⁰ <http://cnseg.org.br/cnseg/servicos-apoio/noticias/a-judicializacao-da-saude-suplementar-e-a-sustentabilidade-do-sistema.html>

com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

Logo, trata-se de proposta que não está adequada ao arcabouço legal e configura verdadeiro retrocesso a tudo que foi alcançado pela regulação de saúde suplementar até o momento.

A última proposta, relacionada ao cofinanciamento pelo beneficiário de todas as despesas também é propícia à judicialização, como destacado quando da análise da proposta da ANS sobre a regulação dos mecanismos financeiros de regulação.

Conforme já mencionado, o Ministério Público Federal lançou nota técnica manifestando-se contrariamente à proposta dos planos acessíveis do Ministério da Saúde (Nota Técnica 03/2017 PFDC, de 20 de março de 2017), segue um resumo da nota disponível no site <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2017/marco/270317/>:

“A proposta do Ministério da Saúde, busca oferecer planos de saúde com preços mais baixos e com menor cobertura. A ideia é desonerar o sistema público de saúde de uma parcela dos serviços que atualmente presta, que passariam a ser ofertados pelo setor privado.

Para a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, a sugestão de "Plano de Saúde Acessível" representará um aumento dos gastos em saúde das famílias, sem a garantia da contrapartida de uma ampliação efetiva da cobertura recebida.

A proposta não oferece vantagens ou melhorias para a prestação da atenção à saúde pelo serviço público. Ao contrário: desorganiza o Sistema Único de Saúde (SUS), em clara ofensa à sua disciplina constitucional, e não é sequer garantia de benefício aos seus eventuais consumidores”, destaca o documento, assinado pelo Grupo de Trabalho Saúde, da PFDC, e encaminhado ao ministro da Saúde, Ricardo Barros, e a um conjunto de órgãos e colegiados ligados ao tema.

Para a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, sob o pretexto de desonerar o sistema público de parte da assistência básica, os chamados “planos de saúde acessíveis” acabam por induzir a uma segmentação do serviço. “O SUS pressupõe uma lógica sistêmica e integral, enquanto a exploração privada de planos e seguros de saúde possui a lógica da segmentação da assistência e do risco a ser coberto. São, portanto, lógicas distintas e imiscíveis”, reforça a nota técnica.

Para o órgão do Ministério Público Federal, a proposta de “planos de saúde acessíveis” compromete os princípios da universalidade e equidade no acesso, assim como a integralidade da atenção à saúde – eixos fundamentais do Sistema Único de Saúde. “Ao determinar que todos terão acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, a Constituição de 1988 viabilizou a inclusão, na atenção sanitária, de um terço da população rural e urbana brasileira não vinculada ao mercado formal de

trabalho. O 'Plano de Saúde Acessível' promove uma substituição do conceito de saúde como direito, pelo conceito de saúde como bem – sujeito, portanto, ao regime da exploração econômica pelos agentes de mercado”, destaca a nota técnica.

Outros países – No documento, a PFDC alerta ainda que países que optaram por modelos majoritariamente privados de assistência à saúde não reduziram os custos de tal assistência. “O exemplo paradigmático é o dos Estados Unidos, cujo sistema de saúde, predominantemente privado e altamente segmentado, representa um gasto global da ordem de 20% do PIB – enquanto países com o mesmo nível de renda e sistemas predominantes públicos, com coberturas reconhecidamente mais amplas e eficientes, a exemplo da Inglaterra, apresentam gasto médio, com os sistemas público e privado de saúde somados, em torno de 8 a 10% do PIB”, esclarece o texto.

Falta de participação – A nota técnica da PFDC também destaca a falta de participação popular na elaboração da proposta de planos acessíveis. O grupo de trabalho criado pelo Ministério para discutir o projeto não contou com a participação de órgãos e colegiados da área de saúde existentes no próprio âmbito do SUS.”

Por todo o exposto, o que se verifica é que as propostas do Ministério da Saúde de “planos acessíveis” além de aprofundar a assimetria de informação e promover verdadeira desregulamentação do setor de saúde suplementar, têm ainda o condão de aumentar a judicialização, na medida em que não se harmonizam com o arcabouço constitucional e legal, trazendo insegurança jurídica.

Ainda é importante ressaltar que propostas que levam a fragmentação do cuidado, seja pela redução da cobertura pelo fator regional ou por mecanismos de coparticipação restritivos, podem gerar graves problemas aos indivíduos e ao Sistema Único de Saúde, pois o beneficiário terá que gerenciar seu cuidado, acessando ao mesmo tempo várias formas de prestação de serviço (rede privada e pública), aumentando o risco de problemas de comunicação entre esses prestadores, gerando incertezas e riscos elevados para a saúde. Por outro lado, há a possibilidade de que a população mais pobre tenha ainda mais restrição ao seu acesso, devido à dupla porta de entrada e maior desorganização das redes públicas e privadas.

É justamente na relação com o SUS que os planos acessíveis podem ter seus efeitos mais danosos, uma vez que desorganiza ainda mais a prestação de serviço da população, gerando retrabalho, riscos e agravamento da situação de saúde aos pacientes devido à fragmentação do cuidado.

5 - Conclusão

Alterações relevantes no processo regulatório devem ser subsidiadas por **argumentos técnicos consistentes** e **definição clara dos problemas** a serem enfrentados, ambos não estão presentes no ofício do MS, limitando sua análise.

Neste sentido, reafirmamos a necessidade de que quaisquer medidas regulatórias, em especial a que motivou a presente consulta, utilizem as ferramentas existentes para garantir uma regulação eficiente e comprometida com a defesa dos interesses da sociedade. Por isso, no caso da medida em questão, entende-se que:

- a) É necessário que a proposta seja detalhada para sua melhor compreensão e subsidiada por argumentos técnicos que considerem os problemas do mercado de saúde suplementar e as informações já disponíveis do setor. Espera-se que a proposta seja especificada comparando seus itens aos normativos vigentes da ANS, a necessidade de sua revisão e os motivos que possibilitam essas alterações, dadas as motivações iniciais do normativo vigente. Como por exemplo, em relação à flexibilização do rol de procedimentos, qual mudança no cenário atual justifica uma nova concepção no que concerne à aplicação do Rol? E nesse sentido, quais os impactos à saúde dos beneficiários?

- b) É essencial a elaboração de Análise de Impacto Regulatório (AIR), com “análises mais aprofundadas” e construção de cenários (conforme preconizado no Guia Técnico de Boas Práticas Regulatórias, da própria ANS), incluindo análises de dados do setor, revisão da literatura nacional e internacional, análises econômicas que considerem os impactos sociais da regulação, incluindo os efeitos sobre o Sistema Único de Saúde.

Não há dúvidas de que o mercado de planos privados enfrenta problemas no atendimento às demandas dos beneficiários, haja vista o aumento na judicialização no setor. Ademais, parte desses problemas resulta de ações regulatórias falíveis que precisam ser revistas. Todavia, pelos motivos já expostos, entendemos que a proposta de plano acessível não prioriza os principais problemas do mercado de planos privados e não busca o melhor interesse público, podendo ter impacto negativo sobre a saúde da população brasileira.

Anexo I – Lista com exemplos de estudos relevantes para a análise d proposta de planos acessíveis

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)..A informação em saúde suplementar: dez anos de construção *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos; (06/2008): 29-38, jun. 2008.*

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Cartilha de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde [recurso eletrônico] : Resolução Normativa – RN nº 400/2016 / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2016. 582 KB ; ePUB.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).Idoso na saúde suplementar : uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor / Martha Oliveira ... [et al.] . – Rio de Janeiro : Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.

Alves, DC ; BAHIA, L. ; Barroso, André Feijó . O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, v. 25, p. 279, 2009.

Andreazzi ; OCKÉ-REIS, CO . Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. *Physis (UERJ. Impresso)*, v. 17, p. 521-544, 2007.

Anuário ANS - aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: ano base 2007. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Rio de Janeiro; Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil); 2008. 670 p.*

Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar: ano base 2007. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Rio de Janeiro; Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil); 2008. 241 p.*

BAHIA, L.. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)*, v. 13, p. 1385-1397, 2008.

BAHIA, L.. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)*, v. 11, p. 951-965, 2006.

BAHIA, L.. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)*, São Paulo, v. 14, n.2, p. 9-30, 2005.

BAHIA, L.; Elaine Simmer ; Daniel Canavese . Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)*, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 921-929, 2004.

BAHIA, L.; Luiz, R. R . Informações sobre coberturas e preços de planos e seguros privados de saúde: as perspectivas da complementaridade entre fontes administrativas e de base populacional. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)

Bahia, Ligia. PUNIÇÃO PREVENTIVA PARA COIBIR NEGAÇÃO DE COBERTURAS. revista de direito sanitário, v. 16, p. 146-155, 2015.

Bahia, Ligia; Scheffer, M, Poz, MD; Travassos, Claudia. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública (Online), v. 32, p. 1-5, 2016.

Bahia, Ligia; Scheffer, M; Tavares, LR ; Braga, IF . From health plan companies to international insurance companies: changes in the accumulation regime and repercussions on the healthcare system in Brazil. Cadernos de Saúde Pública (Online), v. 32, p. 146-155, 2016.

Bianchi BNAA. Saúde e Mercado: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil.' 01/09/2012 157 f. Mestrado em HISTÓRIA Instituição de Ensino: UFJF, Juiz de

Trabalho anterior à Plataforma Sucupira

COHN, A; VIANA, Ald'A ; OCKÉ REIS, CO . Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS. Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, v. 1, p. 57-69, 2010.

Costa, LS; Bahia, L ; BRAGA, PSC . Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado Healthcare and development: a dialog with the thinking of Celso Furtado. Ciencia & Saude Coletiva, v. 22, p. 2119-2127, 2017.

Dados Assistenciais do Setor: <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/mapa-assistencial>

Dias FPPS. Neocorporativismo e Saúde Suplementar: as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil' 31/03/2016 1 f. Doutorado em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Rio de Janeiro Biblioteca.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Associação Médica Brasileira. Diretrizes clínicas na saúde suplementar v.2 / Clinical Guidelines in Health Care

Diretrizes clínicas na saúde suplementar. v. 1 / Clinical guidelines in health suplementar Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Rio de Janeiro; ANS; 2009. xii,677 p. tab.*

GAMA, A; OCKÉ-REIS, CO ; SANTOS, I. ; BAHIA, L. . O Espaço da Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde no Brasil: Notas sobre a Ação de Instituições Governamentais e da Sociedade Civil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, p. 71-78, 2002.

Luzuriaga, MJ ; BAHIA, L . Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, p. 55-62, 2016.

Machado JP; Martins M. Leite IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. Saúde debate vol.39 no.spe Rio de Janeiro Dec. 2015.

OCKÉ REIS, CO . O público e o privado na saúde. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), v. 22, p. 2722-2724, 2006.

OCKÉ REIS, CO ; Marmor, Theodore R. . The Brazilian national health system: an unfulfilled promise?. The International Journal of Health Planning and Management, v. 25, p. 318-329, 2010.

OCKÉ REIS, CO ; SOPHIA, D. C. . Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. Saúde em Debate, v. 33, p. 72-79, 2009.

OCKÉ-REIS, CO . O mercado de planos de saúde: o problema vira solução?. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 13, p. 1398-1408, 2008.

OCKÉ-REIS, CO . Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? Trabalho, Educação e Saúde, v. 6, p. 613-622, 2008.

OCKÉ-REIS, CO; CARDOSO, S. S. . A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde. Revista de Economia Política (Impresso), v. 31, p. 455-470, 2011.

OCKÉ-REIS, CO ; SANTOS, F. P. . Mensuração dos Gastos Tributários em Saúde - 2003-2006. Texto para Discussão (IPEA. Brasília), v. -, p. 7-21, 2011.

OCKÉ-REIS, CO. A Regulamentação dos Planos de Saúde: uma Questão de Estado. Políticas Sociais (IPEA), IPEA (Brasília), v. -, n.4, p. 103-108, 2002.

OCKÉ-REIS, CO. Challenges in the Regulation of Brazilian Private Health Insurance. Journal of Public Finance and Management, v. 5, n.4, p. 4, 2005.

OCKÉ-REIS, CO. Os Desafios da ANS frente à Concentração dos Planos de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1041-1050, 2007.

OCKÉ-REIS, CO. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. RAP. Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n.6, p. 1303-1318, 2005. Assistência Médica no Brasil: o Caso dos Planos de Saúde. RAP. Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n.4, p. 859-898, 2003.

OCKÉ-REIS, CO; Silveira ; Andreazzi . Avaliação dos Gastos das Famílias com a

OCKÉ-REIS, CO; Silveira ; Andreazzi . O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?. Revista de Economia Contemporânea (Impresso), Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 157-186, 2006.

Paim, J. S. ; Travassos, Claudia ; Almeida, C. ; Bahia, Ligia ; Macinko, James . The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet (British edition), v. 377, p. 1778-1797, 2011.

PIOLA, S. F. ; OCKÉ REIS, CO . Economia da atenção à saúde ou economia da saúde?. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 47, p. 272-272, 2001.

Plano nacional de saúde-PNS: 2012-2015 / National health plan: 2012-2015 (Brazil) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação-Geral de Planejamento; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena; Fundação Nacional de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Empresa Brasileira de Hemoderivados. *Brasília; Ministério da Saúde; jan. 2012. 110 p. ilus, graf, tab, mapas.(B. Textos Básicos de Saúde).*

Porto SM. ; Santos IS ; Ugá MAD . A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 11, p. 895-910, 2006.

Saar da Costa, R ; Machado, MYRIAN ; Soler, O; Bahia, L. Estratégias políticas que norteiam a incorporação de tecnologias: Avaliação de Tecnologias em Saúde em oncologia. JORNAL BRASILEIRO DE ECONOMIA DA SAÚDE, v. 9, p. 30-38, 2017.

Santos IS. A solução para o SUS não é um Brazilcare RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016 jul.-set.; 10(3) | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

Santos IS; Ugá MAD ; Porto SM. . O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 13, p. 1431-1440, 2008.

Santos, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 16, p. 2743-2752, 2011

Scheffer MC. Dissertação Mestrado apresentada à USP. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo, 2006.

Scheffer, M ; BAHIA, L. . Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. Interface (Botucatu. Impresso), v. 15, p. 947-956, 2011.

SESTELO, JOSÉ ANTONIO DE FREITAS ; SOUZA, LUIS EUGENIO PORTELA FERNANDES DE ; BAHIA, LÍGIA . Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), v. 29, p. 851-866, 2013.

SESTELO, JOSÉ ANTONIO DE FREITAS ; SOUZA, LUIS EUGÊNIO PORTELA FERNANDES DE ; BAHIA, LÍGIA . Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. Saude em Debate, v. 38, p. 607-623, 2014.

Utilização de serviços de saúde, morbidade referida e cobertura por planos privados de saúde no Brasil: uma análise a partir da PNAD 2008 Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos; (12/2010): 9-27, dez. 2010.*

Victoria, Cesar G. ; Barreto, Mauricio ; Leal, Maria do Carmo ; Monteiro, Carlos A.; Schmidt, Maria Inês ; Paim, J. S. ; Bastos, Francisco I. ; Almeida, C. ; BAHIA, L.; Travassos, Claudia. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet (British edition), v. 377, p. 2042-2053, 2011.

Vieira C. Políticas Governamentais e Planos Privados de Assistência Odontológica no Brasil.' 01/06/2012 210 f. Doutorado em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: FUNDACAO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO Biblioteca Depositária: Lincoln de Freitas Filho

Vieira. JWM. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar" 20/12/2013 102 f. Mestrado em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: FUNDACAO OSWALDO CRUZ, Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Lincoln de Freitas Filho.