



ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES E DEMAIS TRABALHADORES DA AGÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Nota Técnica ASSETANS – Contribuições Consulta Pública nº 151

A presente Nota Técnica enumera as contribuições da ASSETANS à Consulta Pública nº 151, sobre as regras para constituição e funcionamento de ambiente regulatório experimental (Sandbox Regulatório) denominado “Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames”. Uma vez que a Consulta Pública foi estruturada em artigos, a ASSETANS organizou as propostas formalizadas em formato de Nota Técnica, para favorecer a apresentação das motivações e das argumentações da melhor forma possível, conforme disposta a seguir:

Antes de analisarmos a proposta em si, devemos nos ater ao conceito de Sandbox Regulatório, que é um “conjunto de condições especiais simplificadas para que as pessoas jurídicas participantes possam receber autorização temporária dos órgãos ou das entidades com competência de regulamentação setorial para desenvolver modelos de negócios inovadores e testar técnicas e tecnologias experimentais, mediante o cumprimento de critérios e de limites previamente estabelecidos pelo órgão ou entidade reguladora e por meio de procedimento facilitado”¹.

“O objetivo do sandbox regulatório seria estimular a inovação tecnológica, sem perder o controle sobre novos negócios, mitigando riscos e permitindo que agentes públicos e privados observem na prática os benefícios e riscos gerados por soluções inovadoras, coletando dados e evidências para avaliar qual tratamento regulatório é o mais adequado ao caso concreto.”

De pronto, verifica-se que o Sandbox Regulatório é uma potente ferramenta, que está vinculada ao “INEDITISMO” da proposta apresentada. É preciso lançar luz sobre este ponto crucial, qual seja, **“NÃO HÁ QUALQUER INEDITISMO NA PROPOSTA APRESENTADA PELA ANS”!** Em breve repaginação histórica, pode-se verificar, facilmente, que a subsegmentação e a fragmentação do cuidado são propostas trazidas à tona com denominações variadas e formatos diversos, mas sempre estiveram na pauta das operadoras de planos de saúde, capitaneadas por diferentes atores, conforme apresentado a seguir.

Esse movimento pela permissividade de poder ofertar um produto fragmentado vem desde as discussões na Câmara dos Deputados, no Substitutivo do Deputado Pinheiro Landim em outubro de 1997, que acabou aprovando as segmentações dos planos de saúde. A ideia original da regulamentação do setor era um plano de saúde integral e não subdividido como acabou sendo definido na Lei 9.656/98. Como disse na ocasião o Deputado José Pinotti “Não existe outra solução para essa questão senão oferecer a todo brasileiro que compra um plano de saúde a simplicidade de uma saúde integral”.

¹ Guia Sandbox Regulatório AGU - 2024

Posteriormente, como mostra a Tese de Doutorado “Entidades empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração” de Ialê Falleiros Braga, a medida provisória 2177- 43/2001 chegou a ser assinada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, o que permitiria a abertura de um plano privado de baixo custo, pois o artigo 12 da Lei 9.656 teve essa redação: São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar(...).

Afirma Falleiros: “Apoiados na prerrogativa constitucional do Estado de exercer maior controle sobre o setor privado na área, grupos contrários à mercantilização da saúde organizados na sociedade civil, alcançaram também, naquele contexto, derrubar a Medida Provisória (MP) 2177- 43/2001 sobre os planos e seguros de saúde - que propunha a subsegmentação, legalização de coberturas regionalizadas e a criação de barreiras de acesso ao atendimento nas especialidades médicas”.

A tentativa de quebrar a integridade do plano ambulatorial se renova ao longo dos anos. Em 2004, durante o 5º Fórum da ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados, representantes das operadoras de saúde defenderam a subsegmentação. Em 2006, foi entregue ao então Ministro da Saúde Saraiva Felipe um documento elaborado pelo Presidente da Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas de Minas Gerais (Assaspe), Virgílio Baião Carneiro. O documento trazia uma proposta de flexibilização da Lei 9.656, incluindo o fim do ressarcimento ao SUS e a subsegmentação da cobertura.

Em 2010, Flávio Wanderley, presidente regional da Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo (Abramge), defendia a subsegmentação regional dos planos para ampliar o acesso da população à saúde privada. Já em 2011, em audiência com o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, entidades como Unimed do Brasil, UNIDAS, Fenasaúde e Abramge sugeriram subsegmentação dos produtos, com maior flexibilização do rol de procedimentos.

Em 2017, o Ministério da Saúde, na gestão de Ricardo Barros chegou a elaborar e divulgar três propostas de planos simplificados com menor cobertura assistencial. A premissa seria a de aliviar os gastos com o financiamento do SUS. A pandemia pelo Covid-19 suspendeu temporariamente esse movimento, que agora volta “repaginado”, com ares de ineditismo, sem o ser, pegando carona no Sandbox Regulatório.

Vencido o argumento do INEDITISMO, é preciso pontuar os riscos elencados pelo TCU – Tribunal de Contas da União² que se manifestou sobre os riscos do Sandbox, nos quais destacamos:

i. “Risco de by-passregulatório”: Os Sandboxes regulatórios não devem ser utilizados como uma maneira de burlar a regulamentação. Os editais devem exigir que os interessados demonstrem como a tecnologia pode beneficiar o setor regulado.

Assim, para reduzir esse risco, é sugerido que, como requisito da proposta de edital, que os interessados em aderir ao ambiente regulatório experimental mostrem por que as normativas vigentes impedem o desenvolvimento de seus modelos de negócio, expondo como a tecnologia pode beneficiar o setor regulado com a introdução de produtos, serviços e processos novos ou aprimorados no mercado.

² O Laboratório de Inovação do Tribunal de Contas da União (coLAB-i) divulgou, em 2 de setembro de 2023, um relatório que analisa as oportunidades, obstáculos e riscos do Sandbox Regulatório. O documento apresenta os resultados dos estudos realizados ao longo do primeiro semestre de 2023 sobre a implementação fora do setor financeiro de programas de ambiente regulatório experimental por entidades da Administração Pública brasileira.

O risco evidenciado pelo Tribunal é de mau uso do instrumento com a finalidade de burlar a regulação existente. Nesse sentido, fica claro que os Sandboxes Regulatórios não devem ser utilizados como forma de fazer passar pleitos antigos do mercado, como a proposta atual da ANS, sem que seja caracterizada uma inovação genuína.

Deve-se, igualmente, lançar luz sobre a constante alternância do problema regulatório apresentado pela ANS. A sociedade foi convidada a participar da Tomada Pública de Subsídios nº 5, que versava sobre o escopo de novos produtos ambulatoriais, tendo como pano de fundo duas argumentações, a não comercialização de planos ambulatoriais e a decisão do STJ de que a ANS deveria regular e fiscalizar os cartões-desconto. No entanto, no âmbito da Reunião da Diretoria Colegiada nº 618, de 10 de fevereiro de 2025, o problema regulatório foi alterado, passando a versar sobre a dificuldade de acesso a planos por pessoas naturais, sendo que na apresentação da Audiência Pública nº 52, realizada em 25 de fevereiro de 2025, a motivação apresentada deixou de ser a dificuldade de acesso por pessoas naturais e voltou a ser a decisão do STJ.

Além da falta de definição de qual problema regulatório pretende se responder, chama a atenção que independente do problema, **a solução é sempre a mesma**, a oferta de um plano de consultas eletivas e exames. Quanto à decisão do STJ, deve-se atentar que não está determinado na referida decisão, que para regular e fiscalizar os cartões-desconto a ANS deva criar produtos que se assemelhem a estes.

Aliás, a fim de resolver o problema “dificuldade de acesso por pessoas naturais”, poderia parecer lógico que o “novo” produto fosse de contratação individual/familiar, mas não é essa a proposta da ANS! A solução apresentada é que a contratação seja **coletiva por adesão**, por pessoas físicas ou jurídicas, sem necessidade de comprovação de vínculo à uma associação classista, conforme previsto na RN 557/2022. A justificativa é que tal medida visa ampliar a oferta deste produto. De fato, um produto de livre adesão facilitaria o acesso, mas essa flexibilização pode ser empregada nos produtos atualmente existentes, sem alteração na Lei 9.656, somente com alteração normativa, não sendo necessário reduzir as coberturas do atual produto ambulatorial. A opção de contratação coletivo por adesão para este “novo” produto representa a continuidade do livre reajuste e da rescisão unilateral dos contratos.

Outro ponto de extrema fragilidade na proposta é que a ANS bebe na fonte dos cartões-desconto, mas não é apresentado qualquer estudo robusto e qualificado sobre todas as características deste mercado, ou seja, quem são seus usuários, seus produtos, dentre outras questões. Fica claro, no entanto, que há um atingimento de mercado esperado, o ingresso de mais de 10 milhões de vínculos a este “novo” produto, sem, no entanto, enfrentar o cartão-desconto, à princípio o problema regulatório, que continuaria a existir no desenho de mercado, pós-sandbox, apresentado pela ANS. Digno de nota que, no que tange aos documentos acostados à Consulta Pública nº 151, **não há** qualquer documento de análise e validação jurídica da proposta.

O escopo de assistência ofertada aos beneficiários também é indefinido, sem qualquer clareza. Denominado “Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames”, não determina quais exames serão contemplados, tampouco os critérios que foram levados em consideração para exclusão. Afasta as terapias e atendimentos em pronto-socorro e ainda prevê a imputação de carência e CPT – Cobertura Parcial Temporária durante o experimento. Acontece que, procedimentos como ressonâncias e tomografias são classificados como PAC – Procedimentos de Alta Complexidade no Rol da ANS, o que significa, que na prática, se o consumidor declarar

possuir uma DLP – Doença ou Lesão Pré-existente, relacionada com o PAC solicitado, este poderá ser negado pela operadora pelo prazo de até 2(dois) anos, que é o mesmo prazo do Sandbox, ou seja, o prazo de cumprimento de carência e CPT reduzirá o período de teste do “novo” produto, o que reforça ainda mais seu caráter meramente arrecadatário.

Neste modelo proposto, por exemplo, um beneficiário que tivesse suspeita de fratura em seu braço, poderia consultar o ortopedista, realizar o RX para confirmar a fratura, mas deveria procurar o SUS para ter seu braço imobilizado. Os beneficiários **não terão acesso** a fisioterapias, por exemplo, nenhuma terapia para os portadores de TEA – Transtorno do Espectro Autista, quimioterapias ou hemodiálises, esses pacientes, se diagnosticados, deverão procurar o SUS para dar continuidade aos seus tratamentos.

Logo, não fica clara em que medida esse “novo” produto irá “desafogar” o SUS. Aliás, tal promessa é falaciosa e carece de suporte técnico. Cite-se, por exemplo a Tese de Doutorado de Isabela Soares Santos, “O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada”, na qual a própria pergunta de pesquisa é se “o segmento suplementar desonera o SUS financeiramente e na diminuição da demanda por serviços”.

A autora apresenta que nos sistemas duplicados (como é o caso do Brasil), o tempo de espera na fila para o consumo dos serviços por meio de seguros privados, sobretudo de cirurgias eletivas, é menor que nos sistemas nacionais, mas não há evidência de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado; nos sistemas duplicados as pessoas que possuem seguro privado tendem a continuar utilizando o sistema público para os serviços mais complexos e custosos, tornando a fila de espera no setor público ainda mais lenta do que seria sem a existência do seguro privado e com maior custo por paciente.

Os estudos mostram que a cobertura duplicada de saúde: (i) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (ii) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público; (iii) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema e; (iv) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde – de universalidade e equidade, de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde – e dos objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Portanto, não há evidência de que o seguro privado alivie os sistemas públicos universais.

Essa fundamentação também pode ser encontrada no artigo: A solução para o SUS não é um Brazilcare (<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1191/pdf1191>)

Mário Scheffer, professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde também afirma que “o crescimento de clientes de planos nos últimos trinta anos foi imenso e ele não reduziu as filas nem os tempos de espera, muito menos reverteu o subfinanciamento do SUS. As evidências não mostram que os planos de saúde desafogaram o SUS. Pelo contrário, o que vimos é uma constante tentativa de atribuir ao SUS essa atenção mais cara, especializada e complexa voltada aos pacientes que exigem muito mais atenção e saúde.”

Corroborando para isso o fato que os procedimentos mais identificados para o ressarcimento ao SUS pelas operadoras serem procedimentos ambulatoriais de hemodiálise e tratamentos oncológicos. Na verdade, não há impacto significativo de “alívio” ao SUS em razão de mais

cidadãos possuindo planos de saúde. Pelo contrário o SUS funciona como uma proteção para os beneficiários.

Outro efeito prejudicial para um aumento de beneficiários em planos de saúde é a capacidade de pagamento da população brasileira. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, informam que entre aqueles que possuem renda per capita de mais de 5 salários-mínimos a cobertura por planos de saúde chega a 88%. Entre os que ganham de 3 a 5 salários-mínimos, a cobertura chega a 72%. Entre 2 a 3 salários-mínimos a cobertura é de 54%. Observa-se o esforço de mais da metade dos indivíduos com uma faixa salarial baixa, em manter um plano de saúde.

O cidadão faz um esforço para adquirir e manter um plano de saúde, comprometendo parte significativa do orçamento familiar, pois acredita que dessa forma terá garantido o acesso aos serviços de saúde, contribuindo para o aumento da qualidade de vida de sua família. O risco de ter seu contrato rescindido, em caso de inadimplência, pode obrigá-lo a deixar de adquirir outros bens e, até mesmo, a se endividar por meio de cheque especial, cartão de crédito ou empréstimo bancário, o que se agrava na medida em que o crédito ao consumo no país é obtido com altas taxas de juros praticadas no mercado financeiro, com insuficientes informações sobre os riscos do crédito para o consumidor. Os bancos e instituições financeiras facilitam o crédito, trazendo riscos reais aos consumidores. O indivíduo endividado, quando em situações extremas, perde a sua capacidade de consumo e tem sua dignidade diminuída pois se vê impotente em gerir seus gastos e suas necessidades e sente-se excluído da sociedade de consumo. Para Amartya Sen o estigma da pobreza não se dá unicamente do ponto de vista de renda dos indivíduos, mas também pela perda de capacidades civis e, em consequência, com a perda da liberdade desses indivíduos.

O aumento de beneficiários de planos privados também é prejudicial para a consolidação do SUS. O Brasil é um caso único de país com sistema público universal que gasta um percentual maior do PIB em gastos privados do que públicos. Cite-se aqui os autores Stuckler e Basu: “O dinheiro público investido em saúde pode ter retornos muito mais rápidos do que o investido em vários outros setores. Na realidade, a saúde é um dos poucos setores econômicos que têm crescido em meio à retração econômica na Europa e na América do Norte. Investimentos em saúde levam a novos empregos (enfermeiras, médicos, técnicos) e ao desenvolvimento tecnológico (pesquisas de laboratório, inovações), fornecendo um estímulo muito mais profundo à economia do que qualquer outro tipo de gasto público.”

Portanto, como Política de Estado, a subsegmentação também seria uma medida de efeitos deletérios para a sociedade.

Independente do prazo do Sandbox, é preciso olhar além, para depois do experimento. O impacto na oferta de produtos não se dará em 2, 4 ou 5 anos, **será possivelmente um processo longo**, como foi com os planos individuais, que paulatinamente deixaram de ser comercializados. Em face da Lei de Liberdade Econômica, as operadoras, provavelmente, procurarão comercializar estes produtos, descontinuando a comercialização de produtos com a segmentação ambulatorial completa, como conhecemos, que contempla consultas, exames, terapias e atendimento em pronto-socorro. É preciso olhar o passado e enxergar como chegamos até aqui. As operadoras quando não têm interesse em continuar a comercialização de um produto, **simplesmente interrompem sua comercialização, reduzem credenciamentos, praticam reajustes exorbitantes, utilizam todo o arsenal de possibilidades para que o beneficiário se retire do produto que não a interessa mais.**

Logo, ao propor um “novo” produto, com coberturas menores, praticamente isento de riscos, mesmo que testado em ambiente experimental, não seria absurdo cogitarmos um novo movimento migratório das operadoras para esse produto, com menores riscos, e os atuais planos que contemplam a segmentação ambulatorial, completos, em sua maioria coletivos,

passariam a sair, paulatinamente, de prateleira, apresentados com preços ainda maiores, tornando-se insustentáveis ao consumidor, restando apenas o “novo” produto ambulatorial como principal alternativa de contratação aos brasileiros, impactando ainda mais o SUS, que a seu turno teria maior pressão por procedimentos de alta complexidade. Um desenho muito plausível de futuro é ampla oferta de produtos ambulatoriais reduzidos aliados a planos de segmentação hospitalar, restando cada vez menos planos ambulatoriais completos, que passariam a ser ofertados a preços impraticáveis, como ocorre atualmente com os produtos de segmentação referência e com os de contratação individual/familiar.

Aliás, ao falarmos em SUS, resta muito claro que não houve qualquer interlocução prévia com o Ministério da Saúde, tampouco análise de impacto deste “novo” produto no SUS, ou mesmo do caminho dos atuais usuários de cartão-desconto no SUS. Não há qualquer previsão para o gerenciamento da fila do SUS, ou seja, como o consumidor do “novo” produto ingressará na regulação do SUS. Atualmente, no plano ambulatorial, existe uma porta de entrada definida, que é a internação do paciente em unidade do SUS, quando é de responsabilidade da operadora acompanhar este beneficiário até sua admissão em uma unidade pública. Muito foi alardeado nas diversas apresentações da proposta que haverá um prontuário único, que não foi sequer apresentado em caráter embrionário. Unificar informações não é sinônimo de regular a assistência, e essa lacuna segue sem qualquer explicação, como outras dezenas de questões sem resposta, como o prazo de atendimento na rede, se as operadoras poderão utilizar a mesma rede de seus produtos atuais, qual a ação da ANS sobre entidades não-reguladas, como se dará o envio de informações por essas entidades não-reguladas, etc.

A proposta apresentada pela ANS apresenta muitas questões sem resposta. As incertezas são inúmeras! Mesmo para um ambiente experimental, o caso concreto possui tantas variáveis e tangenciamentos, que nos parece forçoso, como melhor medida regulatória, minimamente, a realização de AIR prévio com definição do problema regulatório (se houver de fato) e das possíveis alternativas para solução do problema. A consolidação de documento que enumere os riscos e possíveis impactos da medida e permita a participação efetiva, não somente da ANS, mas de representantes do SUS e de entidades da sociedade civil que debatem a saúde neste País fortaleceria a escolha regulatória auxiliando na tomada das melhores decisões pela Agência.

O “experimento” será promovido em humanos, não sendo prevista qualquer comissão ética, como a praticada na Academia, ou seja, carece de elementos mínimos de viabilidade, sendo o oportunismo das empresas privadas de saúde, que desejam adentrar neste nicho de mercado, a única justificativa para impulsionar tal projeto, que desconsidera todos os princípios que devem nortear a política de saúde no País, que são a integralidade e a equidade.

Não pode a ANS, como agência reguladora do setor, como autarquia do Ministério da Saúde, desconsiderar princípios da política de saúde do País e adotar uma medida que em nada contribui para o sistema de saúde do Brasil, tampouco medir a qualidade da regulação que pratica pelo número de vínculos existentes na saúde suplementar. Agregar 10 milhões de beneficiários não é medida de sucesso regulatório!

Qualquer proposta que vise a ampliação de usuários de planos de saúde afeta a integralidade e equidade dos cuidados em saúde e não pode prescindir de um estudo do Ministério da Saúde quanto aos possíveis efeitos deletérios de tal medida para as políticas de saúde. A questão afeta, inclusive, a renúncia fiscal já muito acentuada que retira recursos públicos para favorecimento de entes privados.

Frise-se ainda que a proposta é contrária a uma das diretrizes aprovadas na 17^a Conferência Nacional de Saúde, o item 163, da Resolução 719^a do Conselho Nacional de Saúde: Restringir a

oferta de planos privados de saúde de baixa cobertura e limitar reajuste de preços aos índices gerais da economia.

Deve-se repisar que a ferramenta Sandbox não é vilã, tampouco as medidas inovadoras, quando de fato o são, mas ignorar o passado e o que ele nos ensinou, pode significar o retorno a um momento anterior à regulação, com perdas e retrocessos na luta que temos travado até aqui. Não há soluções simples para questões complexas, ainda mais em se tratando de assistência à saúde. E é nossa responsabilidade atuar por uma regulação que garanta o cumprimento da missão institucional da ANS.