



Articulação entre SUS e planos de saúde para o  
enfrentamento do coronavírus: uma alternativa  
eficiente para a ampliação dos leitos de UTIs

São Paulo, 2 de abril de 2020

## Sumário

[Apresentação] .....	2
Sumário executivo .....	3
INTRODUÇÃO .....	5
I. A Pandemia do COVID-19 e seus reflexos nos Sistemas de Saúde Público e Privado ...	5
DESENVOLVIMENTO .....	7
II. Opções para ampliação da Capacidade Desejada pelo SUS .....	7
III. Requisição pelo SUS de Capacidades Desejadas detidas pela Rede Hospitalar Privada.....	8
IV. Requisição de serviços ou da rede credenciada das Operadoras de Planos de Saúde .....	10
V. Transferência proporcional e coordenada com as Operadoras de Planos de Saúde das Capacidades Desejadas ao SUS .....	11
VI. Possibilidade e forma de acordo entre Estados/Municípios e Operadoras de Planos de Saúde .....	13
VII. Esforços para implantação das Capacidades Desejadas .....	14
VIII. Menor assimetria dos Planos de Saúde em relação aos Hospitais Privados.....	15
IX. Vantagens para as Operadoras de Planos de Saúde .....	15
X. Oportunidade propiciada pela liberação das Reservas Garantidoras dos Planos de Saúde .....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	16
Referências .....	17
Equipe de elaboração .....	19

São Paulo, 2 de abril de 2020.

Ref.: Crise do COVID-19

**Prezados(as) clientes, amigos(as), parceiros(as) e leitores(as),**

A Barbosa, Pontes e Gaertner Advogados sempre se preocupa com a eficiência gerada nos relacionamentos público-privados que desenvolve ou interfere, especialmente por meio do desenvolvimento e modelagem de projetos adequados, que carreguem uma boa alocação de riscos e incentivos, sendo assim capazes de gerar valor para todas as partes neles envolvidas, incluindo empreendedores, governos e usuários.

Se a crise do COVID-19 exigiu a reorganização de nossa forma de trabalhar e o direcionamento de nossos esforços para as necessidades mais prementes de nossos clientes, amigos e parceiros, tal acontecimento não nos afastou de nossas constantes responsabilidades sociais, em especial no que se refere à busca por soluções que sejam capazes, neste momento, de beneficiar as camadas mais necessitadas da população de nosso país.

Não obstante o trabalho anexo encontrar-se em elaboração, acreditamos que seu conteúdo possa ser útil na busca de solução para o maior problema que atualmente nos aflige, qual seja, a ampliação da capacidade operacional da rede pública para atendimento de pacientes com dificuldades respiratórias graves.

Ao tempo que nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, subscrevemo-nos,

Atenciosamente,

**Frederico da Silveira Barbosa**

**Ricardo Menin Gaertner**

## Sumário executivo

A pandemia do coronavírus exigirá cada vez mais capacidade operacional, tanto do Sistema Único de Saúde (SUS) como dos planos de saúde. Porém, a implantação direta das capacidades desejadas pelo SUS, dependente de conhecimentos, espaços, equipamentos, recursos humanos e financeiros escassos, não será suficiente. Por isso, uma articulação entre os dois sistemas será essencial para o enfrentamento da crise provocada pelo COVID-19, pois viabiliza (i) a transferência de capacidades operacionais de atendimento de pacientes com dificuldades respiratórias graves (capacidades desejadas) do Sistema de Saúde Suplementar para o SUS e (ii) a mútua cooperação desses sistemas para a ampliação dessas capacidades.

No momento, é urgente a necessidade de definição – preferencialmente consensual – de protocolo que trate da transferência das capacidades desejadas da rede privada ao SUS, a partir do qual a cooperação mútua e coordenada entre os sistemas será a forma mais eficiente para ampliação dessas capacidades. Essa transferência se justifica pela desigualdade em suas atuais alocações das capacidades desejadas. Quando protocolos éticos para escassez fixarem, por exemplo, idades limites dos pacientes a serem atendidos pelas capacidades desejadas, será legal e eticamente relevante essas serem próximas nos sistemas público e privados. Salvo em casos excepcionais – como de falta de recursos humanos para operação de equipamentos disponíveis – não haverá transferências de recursos da rede pública à privada, pois o caráter universal do SUS permite que os consumidores desassistidos dos planos também usufruam de suas capacidades.

Hoje, não há incentivos para a expansão emergencial das capacidades desejadas pela rede privada. Nenhum preço marginal pelas unidades dessas capacidades que forem implantadas foi ofertado pelo SUS e eventual expansão poderá ser requisitada sem prévia definição da indenização a ser feita, impedindo, assim, a entrega dessas capacidades aos planos de saúde, que pagam melhor e em condições conhecidas. Com a vigência de um regime de cooperação entre SUS e planos de saúde, cada sistema saberá a parcela da expansão que lhe caberá. Se o SUS remunerar a parcela que lhe couber nas mesmas condições aplicáveis aos planos e por meio destes, incentivará o comportamento expansionista que neste momento é essencial. Como financiadores das redes de saúde, operadoras e Estado estão do mesmo lado.

A articulação entre SUS e planos de saúde viabilizará proporcionalidade na transferência das capacidades desejadas, facilitando o atendimento na escassez. Como a demanda dos hospitais privados vem dos planos, é melhor esses participarem do planejamento das restrições do que apenas sofrerem as consequências de inúmeras requisições do SUS aos hospitais. Requisições desproporcionais das capacidades tornarão mais desassistidas ainda as demandas dos planos, sobrecarregando ainda mais o SUS.

Como a relação entre planos de saúde e hospitais envolve uma assimetria informacional menor que a existente entre poderes públicos e hospitais privados, a atuação dos planos na implantação das capacidades multiplicará as frentes de negociação, ampliando as possibilidades de êxito. Por outro lado, a participação do poder público reprimirá resistências infundadas, inclusive pela requisição administrativa direta das capacidades desejadas para atendimento das necessidades públicas e privadas.

A cooperação produzirá vantagens aos planos de saúde, como a mitigação dos riscos da requisição desordenada em relação às inexecuções contratuais, incentivando-os a articularem-se com o SUS. Como a transferência das capacidades aos SUS reduzirá os custos dos planos, que não terão que arcar com os leitos transferidos, o SUS poderá pagar-lhes valores inferiores àqueles que seriam pagos diretamente aos hospitais, caso a estes fossem dirigidas requisições administrativas.

A articulação do SUS com os planos será facilitada pela anunciada desburocratização do uso das reservas garantidoras, que poderá liberar aos planos R\$ 10 bilhões. Será razoável vincular essa liberação aos compromissos dos planos pertinentes (i) à transferência voluntária e parcial das capacidades desejadas ao SUS, (ii) à mútua cooperação para ampliação dessas capacidades e (iii) à antecipação dos pagamentos devidos pelo SUS à rede própria ou credenciada cujas capacidades desejadas tiverem sido transferidas.

Compreende-se que governos e sociedade organizada tenham dificuldade em discutir a transferência de capacidades de atendimento das classes mais abastadas para o SUS. Mas é nos momentos de crise que as instituições precisam ser recordadas acerca da necessidade de constante redirecionamento da República para o bem comum. A base de uma parceria público-privada emergencial entre SUS e planos de saúde será a regulamentação da competição entre os sistemas pelas capacidades desejadas, possibilitando a cooperação na ampliação das capacidades e na redução da desigualdade na oferta dessas.

## Articulação entre SUS e planos de saúde para o enfrentamento do coronavírus: uma alternativa eficiente para a ampliação dos leitos de UTIs

### INTRODUÇÃO

#### I. A Pandemia do COVID-19 e seus reflexos nos Sistemas de Saúde Público e Privado

A pandemia do coronavírus está a exigir cada vez mais, tanto do Sistema Único de Saúde (SUS) como das Seguradoras e Operadoras de Planos de Saúde, capacidade operacional adicional para atendimento de pacientes com dificuldades respiratórias graves (que chamaremos doravante de “capacidades desejadas”), o que envolve o provimento de leitos hospitalares dotados de certos equipamentos, especialmente de respiradores, insumos e de equipes aptas a operar esses meios. Saliente-se que ao passo que a saúde é direito social assegurado pela Constituição Federal em seus arts. 6º e 196, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, conforme autoriza o art. 199 da CRFB/88.

Por outro lado, como tem sido amplamente noticiada, a disponibilidade ao SUS dessa capacidade desejada – em termos de leitos por habitante atendido – é bem menor do que aos planos de saúde<sup>1</sup>. Assim, se na primeira etapa da pandemia os pacientes dos planos de saúde foram majoritariamente as vítimas da doença – pela maior realização de, ou contato com pessoas que realizaram, viagens ao exterior –, nas etapas seguintes é provável que aqueles desprovidos de planos de saúde sejam mais prejudicados, (i) pela própria disseminação do vírus em populações mais amplas, (ii) pela maior dificuldade desse grupo em

---

<sup>1</sup> *SUS nos estados não tem leitos de UTI contra o coronavírus*: no mundo, demanda por leitos vai a 2,4 por 10 mil pessoas; Brasil tem média de 2,1, que cai a 1 na rede pública. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/sus-nos-estados-nao-tem-leitos-de-uti-contra-o-coronavirus.shtml>. Acesso em 29.03.2020.

impedir o progresso da pandemia – condições desfavorecidas de renda e maior densidade populacional<sup>2</sup> certamente dificultam o isolamento tanto das pessoas contaminadas como dos idosos – e (iii) pela menor capacidade de atendimento da rede pública em relação à rede privada de saúde.

A situação é extremamente grave e as esperadas restrições quanto à disponibilidade das capacidades desejadas exigirão o acionamento de protocolos médicos de base ética<sup>3</sup> cuja finalidade é selecionar, por exemplo, dentre os pacientes que necessitam desses respiradores para suas recuperações, aqueles que serão atendidos mediante a utilização dos respiradores – que terão maiores chances de recuperação – e aqueles aos quais, exclusivamente pela falta de recursos, serão aplicados apenas cuidados paliativos – que, por sua vez, terão maior risco de falecimento.

A transferência das capacidades desejadas da rede privada para a rede pública se justifica pela desigualdade que provavelmente se observará na disponibilidade de tratamento dos pacientes de cada uma destas redes, caso essa redistribuição não seja feita. Por exemplo, se os protocolos de ética médica para momentos de escassez da capacidade desejada estabelecerem um limite de idade para definição dos pacientes que serão atendidos pela capacidade desejada<sup>45</sup>, será legal e ético que esse limite não seja muito distinto, em cada área, no âmbito de cada sistema. Não há que se falar em transferência de capacidade desejada da rede pública para a rede privada, mesmo que, por exemplo, o limite de idade esteja menor nesta do que na primeira em determinada área, na medida em que o caráter universal do SUS impõe que não haja restrição alguma para que pacientes da rede privada utilizem de seus recursos, o que obviamente não acontece no caminho inverso.

---

<sup>2</sup> A título exemplificativo: *Favelas serão as grandes vítimas do coronavírus no Brasil, diz líder de Paraisópolis*. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/03/18/favelas-serao-as-grandes-vitimas-do-coronavirus-no-brasil-diz-lider-de-paraisopolis.htm>. Acesso em 29.03.2020.

<sup>3</sup> *Como na Itália, falta de UTI nos fará escolher entre quem vive e quem morre*: É dever da sociedade estabelecer critérios transparentes durante pandemia de coronavírus, dizem especialistas. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/04/como-na-italia-falta-de-uti-nos-fara-escolher-entre-quem-vive-e-quem-morre.shtml>. Acesso em 02.04.2020.

<sup>4</sup> Não estamos a afirmar que o critério será ou deverá ser este.

<sup>5</sup> *Algoritmos e inteligência artificial podem ajudar Brasil a decidir sobre leitos de UTI*: Especialistas aconselham que discussão sobre critérios seja feita antes do pico de casos. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/03/algoritmos-e-inteligencia-artificial-podem-ajudar-brasil-a-decidir-sobre-leitos-de-uti.shtml>. Acesso em 02.04.2020.

II. Opções para ampliação da Capacidade Desejada pelo SUS

Há duas formas de se ampliar as capacidades desejadas do SUS: (i) pela implantação direta de novos leitos ou (ii) pela transferência – forçada (requisição) ou coordenada – de capacidades de atendimentos existentes ou a implantar da rede privada para a rede pública. A implantação direta de novas capacidades pelo SUS, embora deva ser a alternativa preferida do ente gestor do SUS (Estado ou Município) e caminho a ser adotado sempre que possível, não está ao alcance de todos os serviços de saúde pública, pois depende de conhecimento, espaço, equipamento, recursos humanos e financeiros que não lhes estão à disposição, menos ainda simultaneamente, a tempo de se combater a pandemia. Ademais, as fortes restrições – principalmente quanto aos respiradores – e as competições explícitas verificadas entre as redes públicas (ilustrada pela fala do governador paulista ao presidente da república, transmitida por todos os meios de comunicação<sup>6</sup>) e veladas entre essas e as redes privadas impedirão que haja uma obtenção eficiente de novas capacidades.

Observa-se, neste sentido, que os principais hospitais públicos do País estão a anunciar planos de ampliação das capacidades desejadas que, embora absolutamente meritórios, à toda evidência não serão suficientes para o atendimento da população atendida pelo SUS. Por outro lado, parcerias entre os poderes públicos, hospitais privados e empresas estão a implantar, fora dos hospitais hoje disponíveis, vastas quantidades de leitos para casos de baixa e média complexidade<sup>7</sup>, que serão muito úteis, mas que na maioria dos casos não parecem consistir efetivamente nas capacidades desejadas aqui tratadas.

A essa altura, os respiradores que estavam disponíveis já foram “tomados” por aqueles que tiveram a oportunidade de fazê-lo (planos de saúde e redes públicas mais capacitadas), cabendo agora apenas a luta desenfreada das redes pela reserva dos eventuais

---

<sup>6</sup> *Em reunião sobre coronavírus, Bolsonaro e Doria trocam acusações.* Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/25/em-reuniao-sobre-coronavirus-bolsonaro-e-doria-trocaram-acusacoes.ghtml>. Acesso em 29.03.2020.

<sup>7</sup> A título exemplificativo: *Einstein construirá hospital de campanha para atendimento de coronavírus em SP.* Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/einstein-construira-hospital-de-campanha-para-atendimento-de-coronavirus-em-sp-24326048>. Acesso em 29.03.2020.



resultados da produção nacional, do condicionamento ou da importação emergenciais desses equipamentos. Sobressaem-se os desincentivos que essa situação propicia, na medida em que nada impede que, por exemplo, uma importação para atendimento de uma rede privada ou pública de menor hierarquia seja requisitada por autoridade pública ou de hierarquia superior, frustrando-se, assim, os propósitos iniciais daquele que adotou a iniciativa. Como, neste cenário, são incertos e ainda mais demorados os resultados das medidas de obtenção de novas capacidades desejadas, por ora, para salvar vidas, resta apenas postergar ao máximo o alastramento da pandemia.

A segunda forma de obtenção de capacidades desejadas (para atendimento de pacientes com dificuldades respiratórias graves) pelo SUS, qual seja, a transferência – forçada (requisição) ou coordenada – de capacidades de atendimentos hospitalares da rede privada para a rede pública, vem sendo completamente negligenciada pelas autoridades públicas, embora a desigualdade nessa oferta e seus nefastos resultados tenham sido mencionados em esparsas e incômodas entrevistas, como na que Miguel Srougi concedeu ao UOL no último dia 23 de março<sup>8</sup>.

É de se compreender que nossos governos e sociedade organizada tenham dificuldade em propor ou mesmo discutir a transferência de leitos de UTI voltados ao atendimento das classes mais abastadas para o SUS. Contudo, é justamente nos momentos de crise que nossas instituições precisam ser recordadas acerca da necessidade de redirecionamento constante da República para o bem comum.

III. Requisição pelo SUS de Capacidades Desejadas detidas pela Rede Hospitalar Privada

Importante registrar que o próprio gestor local do SUS pode requisitar<sup>9</sup> leitos ou serviços privados em caso de necessidade transitória e urgente, como é o caso dessa

---

<sup>8</sup> *Professor da USP diz que mais pobres 'vão morrer nas portas dos hospitais'*. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/23/coronavirus-professor-da-usp-pobres.htm>. Acesso em 28.03.2020.

<sup>9</sup> Art. 3º, VII, e § 7º, III, da Lei nº 13.979/2020.

pandemia, pagando, posteriormente, aos hospitais ou prestadores as indenizações<sup>10</sup> pelos prejuízos sofridos. Essas indenizações, em princípio, considerando a alta demanda atual pelos serviços requisitados, consistirão na perda de receita perante as operadoras de planos de saúde e os particulares, p.ex., relativamente ao leito requisitado pelo SUS.

As requisições de capacidades desejadas detidas pela rede hospitalar privada, embora juridicamente viáveis, não deixarão de ser traumáticas, pois os pagantes dos planos, que financiaram parcela da capacidade hospitalar privada – e que deduziram tais pagamentos do imposto de renda, importante recordar –, ficarão sem atendimento prioritário. Por outro lado, não será justificável e nem constitucionalmente aceitável, durante a pandemia, simplesmente fechar os olhos do Estado para a desproporção entre a capacidade pública e privada neste quesito, ignorando as bases éticas e morais que devem disciplinar as situações de escassez.

Também é razoável supor que a requisição não possa ser feita além da capacidade do prestador do serviço requisitado. Destarte, se é razoável que o gestor do SUS possa requisitar um determinado serviço em função de uma necessidade emergencial por um curto prazo, é pouco provável que por meio da requisição se possa obrigar o particular a prestar uma quantidade relevante de serviços, por prazos mais longos, sem que seja realizado qualquer pagamento ou indenização. Em síntese, eventual requisição generalizada das capacidades hospitalares privadas para atendimento da crise que se desenvolverá pelos próximos meses encontraria limites na capacidade dos prestadores de suportar a medida, exigindo, para que pudesse ser sustentada pelo prazo necessário ao combate da pandemia, arranjos por parte dos poderes públicos requisitantes que assegurem a viabilidade da prestação dos serviços requisitados, especialmente no tocante aos aspectos financeiros. Inclusive, se esse for o caminho, será provável a convolação dessas requisições em contratações emergenciais, que passariam então a prever regras mais claras de pagamento e demais condições da prestação de serviços.

---

<sup>10</sup> O art. 5º, inc. XXV, da Constituição Federal, assegura ao proprietário do bem requisitado “indenização ulterior, se houver dano”. Do mesmo modo, no contexto da adoção de medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do COVID-19, o art. 3º, inc. VII, da Lei Federal nº 13.979/2020, e o art. 15, inc. XIII, da Lei nº 8.080/1990, garantem ao particular o pagamento posterior de justa indenização no caso de requisição de bens e serviços.

Bastante provável, aliás, é o contexto no qual o eventual desacordo quanto aos termos de uma contratação emergencial, ou mesmo sua recusa, culmine numa requisição administrativa, que será adiante encerrada com o fim da necessidade transitória e urgente ou com a celebração de contrato previsto na lei de licitações (emergencial), que perduraria enquanto mantida a necessidade transitória e urgente.

Destarte, a requisição administrativa, embora disponível, não deverá ser a solução definitiva para os vários meses de combate à pandemia, sendo necessário, assim, tanto o desenvolvimento de regulamentos que tornarão essas requisições mais complexas e menos imprevisíveis, como a análise de forma mais eficientes de se transferir ao menos parcela das capacidades desejadas do setor privado para o SUS, tanto em termos de leitos de UTIs quanto de outras capacidades de atendimento, como de exames. Se essas transferências não forem necessárias imediatamente, o serão nos próximos dias ou semanas, a partir do momento em que a situação de desatendimento tornar-se mais grave no âmbito do SUS do que na rede privada.

IV. Requisição de serviços ou da rede credenciada das Operadoras de Planos de Saúde

As Operadoras de Plano de Saúde oferecem “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais (...), com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde (...), visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga (...) mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador”<sup>11</sup>. Tais serviços são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Não obstante algumas operadoras possuam rede própria de hospitais, a prestação direta dos serviços médico-hospitalares não está no rol de serviços prestados por tais pessoas jurídicas, que normalmente é feita por rede contratada ou referenciada.

É útil neste momento de enfrentamento da pandemia saber se seria possível requisitar os serviços das operadoras de planos de saúde, tendo em vista que por meio delas seria possível acessar suas vastas rede de prestadores de serviços, chamadas de credenciadas,

---

<sup>11</sup> Art. 1º da Lei nº 9.656/1998.

referenciadas ou contratadas, facilitando sobremaneira a ampliação das capacidades desejadas das redes públicas que atendem ao SUS, sob gestão dos gestores locais.

Considerando-se que as atividades executadas pelas Operadoras são reguladas em âmbito federal, não temos dúvida de que essa requisição administrativa, em tese, poderia ser implementada pela União Federal.

Nesse contexto, ainda que não seja permitida aos Estados e Municípios a requisição direta dos serviços das Operadoras, como tais entes federativos podem exercer sua competência para requisitar diretamente à rede das operadoras as capacidades desejadas, nos termos do art. 15, inciso XIII, da Lei nº 8.080/90 e conforme autorização do art. 3º, inciso VII, e § 7º, inciso III, da Lei nº 13.979/2020, parece-nos que poderia perfeitamente ocorrer uma articulação entre gestores locais do SUS e operadoras para se planejar a extensão e o direcionamento das requisições a serem dirigidas à rede destas, minimizando os prejuízos que requisições desordenadas podem gerar<sup>12</sup>.

De fato, certamente eventual impedimento à requisição administrativa de Operadoras de Planos de Saúde por Estados e Municípios não impede a adoção de um plano coordenado entre estes níveis do Poder Público e tais Operadoras para o enfrentamento eficiente e ordenado da pandemia de COVID-19, nos moldes do que será proposto a seguir.

- V. Transferência proporcional e coordenada com as Operadoras de Planos de Saúde das Capacidades Desejadas ao SUS

Se a requisição de capacidades desejadas for completa, envolvendo toda a rede privada de hospitais da área do respectivo gestor, o SUS terá que passar a atender todos os pacientes que poderiam ter atendimentos privados, o que será um fator complicador adicional, certamente gerador de enormes ineficiências. Mesmo que a requisição de capacidades desejadas não seja completa, se for realizada perante a rede hospitalar poderá deixar as demandas de planos de saúde em determinadas áreas significativamente desassistidas, sobrecarregando o SUS. Como a principal demanda privada é aquela oriunda

---

<sup>12</sup> A título exemplificativo: *Governos disputam confisco de respiradores*: há um conflito de decisões do Ministério da Saúde, governos estaduais e prefeituras. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/03/30/governos-disputam-confisco-de-respiradores.ghtml>. Acesso em 30.03.2020.

dos planos de saúde, é melhor que as operadoras estejam cientes e participem do planejamento das restrições de oferta a que estarão sujeitas, em vez de, simplesmente, sofrerem as consequências de requisições desordenadas e dirigidas pelos milhares de gestores locais do SUS aos milhares de hospitais integrantes da rede hospitalar privada.

Assim, uma das características da requisição eficiente será a proporcionalidade, mantendo-se parcela dos leitos sob gestão dos planos de saúde e hospitais privados, de forma tão-somente a tornar menos desequilibrada a oferta dos leitos perante as demandas de cada sistema. De fato, devem ser promovidas requisições em cada área na medida necessária para reduzir os déficits de capacidade de atendimento do SUS e dos Planos de Saúde, aumentando a equidade e evitando a desorganização no atendimento da escassez, de forma que a articulação com os principais planos de saúde de cada área é bem mais capaz de produzir informações centralizadas e de qualidade para a adoção das drásticas medidas que serão necessárias do que aquelas que seriam obtidas em relacionamento direto com os variados integrantes da rede hospitalar em cada área.

Nesse sentido, é necessário regulamentar (reduzir) a competição entre os sistemas público e privados pelas capacidades desejadas, implantando as bases de uma parceria público - privada (*lato sensu*) emergencial que seja capaz de produzir, ao invés de competição, cooperação, tanto na ampliação dos leitos totais, como na redução significativa da desigualdade na oferta de leitos pelos sistemas públicos e privados.

O estabelecimento dessa parceria certamente não será eficiente se tiver de ser estabelecida entre os milhares de gestores locais do SUS e os milhares de hospitais privados. A estratégia será mais eficiente se envolver a articulação direta dos principais gestores do SUS (União, Estados e Prefeituras de grandes cidades) com os planos de saúde, que são os financiadores tanto do uso como da manutenção da maior parte dos leitos privados, e já possuem seus órgãos apropriados para atuar no relacionamento com a rede privada, facilitando essa articulação.

Não se pode ignorar, ademais, que, imediatamente, toda requisição de capacidade desejada pelo SUS reduzirá os custos dos planos de saúde, pois estes terão que arcar com uma menor quantidade de atendimentos, especialmente nos leitos de UTI cuja

utilização por qualquer meio houver sido transferida ao SUS. Isso significa que, num acordo direto com os planos de saúde, o SUS poderia pagar / indenizar as operadoras e seguradoras de plano de saúde por cada leito obtido um valor menor do que aquele que seria pago pelo gestor local do SUS ao hospital, caso a requisição tivesse sido dirigida diretamente a este. Em outras palavras, se cedessem (voluntária ou obrigatoriamente) uma parcela de suas capacidades de atendimento aos SUS, os planos teriam economias no custeio de suas atividades, que seriam consideradas para redução das indenizações que o SUS teria que, posteriormente, pagar-lhes.

VI. Possibilidade e forma de acordo entre Estados/Municípios e Operadoras de Planos de Saúde

Um acordo entre o Poder Público e as Operadoras de Plano de Saúde para o enfrentamento da crise decorrente da pandemia de COVID-19 poderá ser efetivado por meio da cessão parcial da rede credenciada dos Planos de Saúde ao Estado. Nesse contexto, o SUS utilizaria parcela das capacidades desejadas destinadas às Operadoras, mediante prévio acordo com estas, cabendo ao Poder Público realizar os pagamentos a tais instituições, que seriam, por seu turno, responsáveis pelo pagamento dos hospitais privados. O serviço objeto do acordo não seria a extensão de coberturas dos planos aos pacientes do SUS, mas sim a cessão parcial dos leitos credenciados pela operadora.

*A priori*, não se vislumbram impedimentos ao pagamento direto pelos Estados e Municípios às operadoras pela cessão das redes credenciadas, desde que haja, naturalmente a concordância do hospital. Em caso de resistência, contudo, sempre haverá a possibilidade de requisição direta perante os hospitais, caso em que esses perderão a segurança jurídica e financeira que o relacionamento existente com as operadoras assegura, circunstância que deve afastar eventual resistência desse tipo.

Ademais, caso haja algum óbice regulatório à realização de esforços coordenados entre Estados/Municípios e as Operadoras de Planos de Saúde, poderá ser estabelecido o pagamento diretamente pelo Estado ao hospital, observadas as condições anteriormente estabelecidas entre operadoras e hospitais, ou mesmo a implementação das medidas aqui

analisadas por ação ou cooperação da União Federal, que tanto poderá requisitar os serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, como assegurar, pelo Poder Executivo ou mesmo por meio de normas regulamentadoras da ANS, as condições para que esse relacionamento seja viabilizado.

VII. Esforços para implantação das Capacidades Desejadas

As principais vantagens adicionais da articulação entre o SUS e as operadoras e seguradoras de saúde referem-se à cooperação de esforços para implantação de novos leitos. Se hoje as operadoras e o SUS competem por novos leitos, a definição acerca da transferência ou disponibilização ao SUS de parcela dos leitos existentes e a serem implantados pelos planos privados de saúde mudaria a natureza dessa relação, tornando-a cooperativa. Naturalmente, o próprio acordo entre Estado e planos de saúde no sentido de que o custo de implantação de cada leito adicional será o mesmo tanto para o Estado como para os planos de saúde, com pagamento direto pelas operadoras aos hospitais e posterior reembolso a essas pelo Estado, é outro fator que incentivará a oferta desses leitos pela rede hospitalar privada, na medida em que um dos grandes receios na oferta de leitos ao SUS refere-se à capacidade financeira de Estados e Municípios, às complicações que certamente serão observadas na definição das indenizações ou preços, às ações dos controles externos e internos das esferas públicas etc.

Em síntese, tanto no que se refere aos leitos atuais quanto aos leitos a serem implantados, uma transferência organizada (preferencialmente voluntária, entre gestores locais do SUS e operadoras de planos de saúde; ou forçada, mediante requisições) de capacidades desejadas poderá ampliar a oferta efetiva de leitos aos pacientes do SUS e reduzir o custo (marginal) de obtenção de capacidade de atendimento adicional.

VIII. Menor assimetria dos Planos de Saúde em relação aos Hospitais Privados

Sem dúvida, a relação entre o setor de planos de saúde e hospitais privados envolve uma assimetria informacional bem menor do que a relação entre poderes públicos e hospitais privados, sendo preferível que essa expansão, mesmo que em benefício do SUS, seja conduzida pelos Planos de Saúde ou com a forte participação desses.

IX. Vantagens para as Operadoras de Planos de Saúde

Necessário ressaltar que são diversas as vantagens para as Operadoras de Planos de Saúde quanto à participação em um processo organizado. Tais instituições terão prejuízos menores em uma transferência organizada de capacidades desejadas para o SUS do que se houver uma requisição desordenada, exclusivamente perante os hospitais, especialmente se considerados os relacionamentos mantidos com os consumidores, as possibilidades de litígios decorrentes das inexecuções contratuais etc.

X. Oportunidade propiciada pela liberação das Reservas Garantidoras dos Planos de Saúde

No tocante à viabilidade da articulação do SUS com as operadoras de plano de saúde, essa deveria ser extremamente facilitada no âmbito da anunciada desburocratização da liberação das reservas garantidoras, que poderá resultar na destinação de até R\$ 10 bilhões ao sistema de saúde suplementar<sup>13</sup>, havendo a possibilidade da exigência de eventuais contrapartidas das Operadoras<sup>14</sup>. Nesse contexto, será plenamente defensável que, associada a essa liberação, haja uma organizada transferência parcial de leitos atualmente destinados aos clientes das operadoras, em benefício do SUS, assim como,

<sup>13</sup> Planos de Saúde terão R\$ 10 bilhões da União. Disponível em: <https://www.istoedinheiro.com.br/planos-de-saude-terao-r-10-bilhoes-da-uniao/>. Acesso em 30.03.2020.

<sup>14</sup> ANS quer travas à liberação de R\$ 10 bi a planos de saúde. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/03/30/ans-quer-travas-a-liberacao-de-r-10-bi-a-planos-de-saude.ghtml>. Acesso em 30.03.2020.



eventualmente, o compromisso dos Planos de Saúde de realizar os pagamentos devidos pelo SUS à rede própria ou credenciada cujas capacidades desejadas lhe tiver sido transferida, para posterior cobrança (provavelmente parcial) a ser feita ao SUS pelos valores incorridos.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2 ou 3 dias poderia ser modelado um relacionamento similar ao que ora é proposto, que então poderia ser negociado com quatro ou cinco associações de planos de saúde e de hospitais, e implementado em mais um período de 24 / 48 horas.

A partir do estabelecimento desta relação cooperativa, a melhor opção para os planos de saúde será *(i)* a negociação direta e acompanhamento da ampliação da oferta de atendimento tanto a seus pacientes em estado grave, como aos do SUS, assim como *(ii)* a constante *(re)*negociação e *(re)*definição das bases financeiras dessa ampliação, observado sempre que o SUS e as operadoras de planos pagariam os mesmos valores por essa oferta adicional. Como financiadores das redes de saúde, operadoras e Estado estão do mesmo lado, sendo mais adequado que neste cenário de restrição de oferta cooperem do que compitam.

## Referências

BRASIL. *Constituição Federal da República Federativa de 1988*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em 29.03.2020.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020*. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm). Acesso em 29.03.2020.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 29.03.2020.

\_\_\_\_\_. *Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020*. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2020/Mpv/mpv926.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/Mpv/mpv926.htm). Acesso em 29.03.2020.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm). Acesso em 30.03.2020.

*“Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”* (tradução livre: “Recomendações de ética clínica para admissão a tratamentos intensivos e para sua suspensão, em condições excepcionais do desequilíbrio entre necessidades e recursos disponíveis”), emitidas pela Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimação e Terapia Intensiva (SIAARTI na sigla em italiano). Disponível em: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>. Acesso em 29.03.2020.

*SUS nos estados não tem leitos de UTI contra o coronavírus*: no mundo, demanda por leitos vai a 2,4 por 10 mil pessoas; Brasil tem média de 2,1, que cai a 1 na rede pública. Disponível

em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/sus-nos-estados-nao-tem-leitos-de-uti-contr-o-coronavirus.shtml>. Acesso em 29.03.2020.

*Favelas serão as grandes vítimas do coronavírus no Brasil, diz líder de Paraisópolis.* Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/03/18/favelas-serao-as-grandes-vitimas-do-coronavirus-no-brasil-diz-lider-de-paraisopolis.htm>. Acesso em 29.03.2020.

*Em reunião sobre coronavírus, Bolsonaro e Doria trocam acusações.* Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/25/em-reuniao-sobre-coronavirus-bolsonaro-e-doria-trocam-acusacoes.ghtml>. Acesso em 29.03.2020.

*Einstein construirá hospital de campanha para atendimento de coronavírus em SP.* Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/einstein-construira-hospital-de-campanha-para-atendimento-de-coronavirus-em-sp-24326048>. Acesso em 29.03.2020.

*Professor da USP diz que mais pobres 'vão morrer nas portas dos hospitais'.* Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/23/coronavirus-professor-da-usp-pobres.htm>. Acesso em 28.03.2020.

*Governos disputam confisco de respiradores: há um conflito de decisões do Ministério da Saúde, governos estaduais e prefeituras.* Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/03/30/governos-disputam-confisco-de-respiradores.ghtml>. Acesso em 30.03.2020.

*Planos de Saúde terão R\$ 10 bilhões da União.* Disponível em: <https://www.istoedinheiro.com.br/planos-de-saude-terao-r-10-bilhoes-da-uniao/>. Acesso em 30.03.2020.

*ANS quer travas à liberação de R\$ 10 bi a planos de saúde.* Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/03/30/ans-quer-travas-a-liberacao-de-r-10-bi-a-planos-de-saude.ghtml>. Acesso em 30.03.2020.

*Como na Itália, falta de UTI nos fará escolher entre quem vive e quem morre: É dever da sociedade estabelecer critérios transparentes durante pandemia de coronavírus, dizem especialistas.* Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/04/como-na-italia-falta-de-uti-nos-fara-escolher-entre-quem-vive-e-quem-morre.shtml>. Acesso em 02.04.2020.

*Algoritmos e inteligência artificial podem ajudar Brasil a decidir sobre leitos de UTI: Especialistas aconselham que discussão sobre critérios seja feita antes do pico de casos.* Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/algoritmos-e-inteligencia-artificial-podem-ajudar-brasil-a-decidir-sobre-leitos-de-uti.shtml>. Acesso em 02.04.2020.

Equipe de elaboração

FREDERICO DA SILVEIRA BARBOSA (coordenador)

[fb@bpga.com.br](mailto:fb@bpga.com.br)

+ (55 11) 993.048.143

RICARDO MENIN GAERTNER

[rmg@bpga.com.br](mailto:rmg@bpga.com.br)

+ (55 11) 992.901.090

CLAUDIA FABIANA CORREA LISBOA

[cfl@bpga.com.br](mailto:cfl@bpga.com.br)

+ (55 11) 975.999.495

MARJORIE MONTENEGRO SMITH SANTOS

[mms@bpga.com.br](mailto:mms@bpga.com.br)

+ (55 11) 974.515.237