

# Considerações sobre a Reforma da Lei dos Planos de Saúde e seus Possíveis Impactos sobre o SUS

Rudi Rocha<sup>1,2</sup>, Máira Coube Salmen<sup>1,2</sup>, Tatiana Lima<sup>3</sup>, Fábio Miessi<sup>4,5</sup>, Rodrigo Moreno-Serra<sup>6</sup>, Matias Mrejen<sup>1</sup>, Beatriz Rache<sup>1</sup>, Rodrigo R. Soares<sup>4,7</sup>, Mônica Viegas<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

<sup>2</sup>Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas (EAESP/FGV)

<sup>3</sup>Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG)

<sup>4</sup>Insper

<sup>5</sup>BI Norwegian Business School

<sup>6</sup>Universidade de York

<sup>7</sup>Universidade Columbia

<sup>8</sup>Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais (CEDEPLAR/UFMG)

## Resumo

- Esta nota discute possíveis implicações para o SUS de uma reforma no marco legal de planos de saúde que permita a criação de planos mais acessíveis e com cobertura mais limitada.
- Em países que combinam um sistema público universal com um setor suplementar privado, estas duas partes não podem ser pensadas como compartimentos estanques. Modificações em regras de acesso ou de pagamento em um setor podem ter consequências importantes sobre o outro.
- Argumentamos que um aumento da cobertura dos planos, a depender dos termos propostos, não necessariamente é uma solução para os gargalos do SUS. Se tal expansão ocorrer direcionada a serviços de mais baixa complexidade e de menor custo, o resultado pode ser (i) um aumento na fragmentação do sistema; (ii) uma maior sobrecarga dos serviços mais complexos e mais custosos oferecidos pelo SUS; e (iii) um aumento da desigualdade no acesso a esses serviços a depender do fluxo de acesso de pacientes entre setores.
- Em particular, não podemos descartar um cenário em que o SUS fique ainda mais sobrecarregado caso ocorra uma substituição de planos mais completos por planos acessíveis e mais limitados. Discutimos também nesta nota outras possíveis implicações para o SUS via questões relacionadas a *cream skimming*, financiamento e cobertura vinculada à rede local de prestadores.

## Introdução

O sistema de saúde brasileiro está organizado em torno do Sistema Único de Saúde, que provê cobertura universal para toda a população. Adicionalmente, 26% da população têm cobertura também através de planos ou seguros privados. A cobertura de seguros privados varia bastante entre regiões, de 6,6% no Nordeste, exceto capitais e regiões metropolitanas, a 50,9% nas capitais do Sul.<sup>1</sup> A convivência entre um sistema público universal e uma parcela da população com cobertura de planos privados não é exclusividade do Brasil. Isso também acontece em outros países com serviços nacionais de saúde. Por exemplo, 11% da população do Reino Unido e 10% da

população da Itália estão cobertas por seguros privados (Tikkanen et al. 2020).

O papel que o setor privado de planos de saúde ocupa é específico de cada contexto institucional e o caso brasileiro se caracteriza pela duplicação dos serviços oferecidos pelo SUS em todos os níveis de atenção, sendo as interações entre os setores público e privado complexas. Do ponto de vista do acesso, pacientes com cobertura privada por vezes recorrem ao SUS para diferentes serviços, por exemplo, vacinação e tratamentos de maior complexidade. Pelo lado da prestação de serviços, o SUS opera também através da rede privada contratada. Em sistemas de saúde com essas características, o setor público e o setor privado não podem ser vistos como compartimentos estanques. Modificações em regras de acesso ou de

<sup>1</sup>Estimativa baseada em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019.



pagamento em um setor podem ter consequências importantes sobre o outro.

Atualmente encontra-se ativa no Congresso Nacional a Comissão Especial da Lei dos Planos de Saúde, na qual estão em debate propostas de reforma da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que instituiu o marco legal que regula o setor de seguros de saúde privados no País. As propostas em discussão tratam de diferentes assuntos, dentre os quais se destacam mecanismos de credenciamento e descredenciamento de prestadores privados, inclusão da cobertura compulsória de procedimentos específicos, direitos dos usuários e modalidades de planos que podem ser ofertados no mercado. Sobre o último tópico, discute-se a criação de planos de saúde com cobertura somente para procedimentos, exames diagnósticos e terapias de baixa e média complexidade, simplificando as exigências de cobertura atualmente vigentes.<sup>2</sup> Adicionalmente, tem sido discutida a possibilidade de criar planos com cobertura somente para alguns tipos de internações e procedimentos hospitalares, dependendo da capacidade de infraestrutura no município e da capacidade operacional da rede particular local. Planos desse tipo, que podem ser oferecidos no mercado a preços mais acessíveis, têm sido apresentados como um mecanismo para expandir a cobertura da saúde suplementar e “desafogar o SUS”.

Os desafios que a saúde suplementar enfrenta no Brasil devem ser objeto de regulação, visando a garantir a sustentabilidade econômica dos planos de saúde e a proteção dos consumidores. No entanto, é necessário considerar também os possíveis impactos que alterações na regulação da saúde suplementar podem trazer para o SUS.

O objetivo desta Nota Técnica é discutir as possíveis implicações de uma modificação nas exigências de cobertura mínima para permitir a criação de planos mais acessíveis e com cobertura exclusivamente para consultas ambulatoriais, exames diagnósticos e/ou tratamentos mais simples. Esta nota se concentra

<sup>2</sup>O tema foi apresentado em audiência pública da Comissão Especial da Lei dos Planos de Saúde (audiência de 18/08/2021, REQ 2/2021 PL741906; e REQ 4/2021 PL741906) e tem como importante referência a proposta de um plano simplificado feita pelo “Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível”, instituído pela Portaria n. 1.482/2016, que buscava a flexibilização das normas da ANS para possibilitar a oferta de planos com cobertura inferior ao rol mínimo. Ofício do Ministério da Saúde levou à criação de grupo de trabalho na ANS para manifestação da agência acerca da viabilidade técnica das propostas. A avaliação final da agência consta na versão final do Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis (ANS 2017).

na análise dos potenciais impactos de uma reforma desse tipo sobre o SUS. Também discutimos a proposta de vincular o tipo de cobertura à infraestrutura e à capacidade operacional da rede privada local.

A Nota Técnica está organizada em mais três seções, além desta introdução. Na próxima seção, como pano de fundo, apresentamos uma análise da evolução dos gastos e resultados em saúde no Brasil em perspectiva comparada. Discutimos então algumas das possíveis consequências para o SUS que podem advir da modificação nas exigências de cobertura mínima dos planos de saúde e da rede regionalizada. Na última seção apresentamos as considerações finais.

## O Sistema de Saúde Brasileiro em Perspectiva Comparada

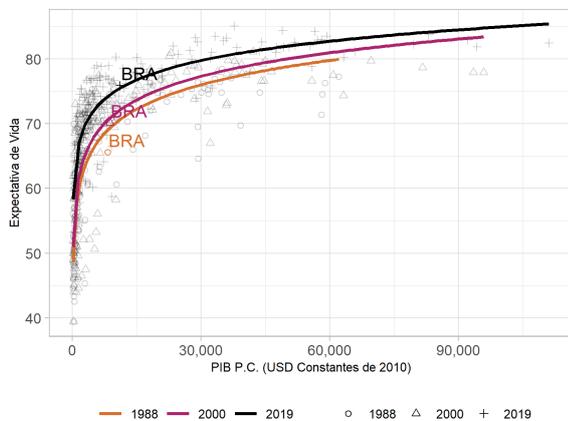
O sistema de saúde brasileiro tem evoluído continuamente e o SUS tem sido uma peça central na expansão do acesso aos serviços de saúde no País nos últimos 30 anos (Castro et al. 2019). A Figura 1 relaciona renda per capita e expectativa de vida ao longo do tempo. O gráfico 1a mostra o avanço do Brasil em anos de expectativa de vida ao nascer em comparação a mais de 170 países. O País passou de uma posição ligeiramente abaixo da curva estimada em 1988, indicando um desempenho inferior àquele que seria esperado dado o nível de desenvolvimento econômico naquele momento, para uma posição acima da curva em 2019, indicando um desempenho superior àquele que seria esperado ao final do período. Os resultados indicam, portanto, avanços na expectativa de vida num ritmo superior ao que seria esperado dados os avanços observados na renda per capita. O gráfico 1b documenta a mesma relação em nível estadual, com uma gradual melhora da expectativa de vida entre 2000 e 2018, independentemente do nível de renda per capita estadual. Esse período recente de ganhos em expectativa de vida coincidiu com a consolidação e expansão do SUS, nas décadas que se seguiram à sua criação com a Constituição de 1988.

A Figura 2 mostra que os gastos per capita em saúde no Brasil, no entanto, não cresceram tanto em relação a outros países. A variação nos gastos foi de 48,5% entre 1995 e 2017, enquanto a expectativa de vida ao nascer avançou de 68,3 para 75,5 anos, uma diferença de 7,1 anos. Em comparação, países da OCDE e da América Latina e Caribe registraram em média ganhos menores em suas expectativas de vida no período, mesmo com maiores avanços em gastos



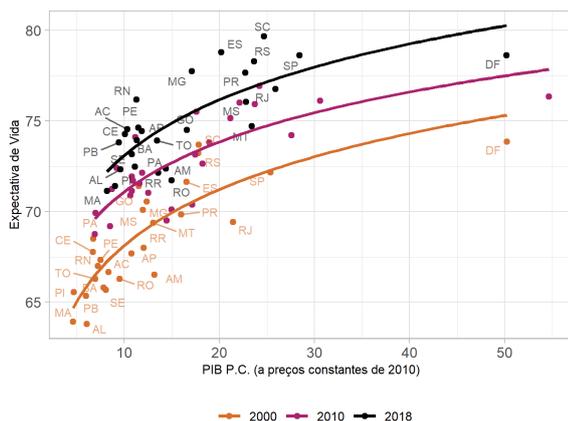
**Figura 1. Curvas de Preston Internacionais e dos Estados Brasileiros**

**(a) Curvas Internacionais**



Fonte: Banco Mundial, World Development Indicators.

**(b) Curvas Estaduais**



Fonte: IBGE.

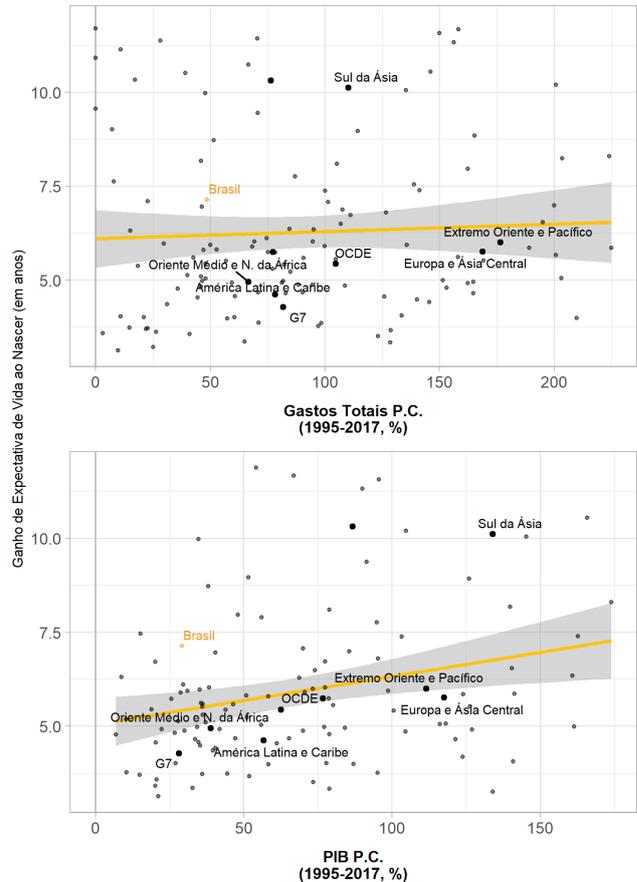
Nota: Elaboração dos autores. Neste gráfico estão apontados com iniciais dos estados os dados de 2000 e 2018.

totais com saúde e no PIB per capita.<sup>3</sup> Ou seja, em comparação com esses grupos de países, o avanço no Brasil foi maior e se deu com base em um aporte relativamente menor de recursos em saúde.

Além de relativamente baixa, a variação nos gastos per capita em saúde no Brasil foi semelhante entre os setores público e privado (respectivamente, 51,8% e 46,3% entre 1995 e 2017). Considerando que este período foi marcado pela consolidação do SUS e por uma forte expansão na cobertura de serviços públi-

<sup>3</sup> É necessário considerar que os ganhos de expectativa de vida dependem da etapa da transição epidemiológica na qual cada país se encontrava no começo do período. É razoável supor que os ganhos de expectativa de vida ao longo do período sejam menores em países cuja expectativa de vida já era mais alta no período inicial.

**Figura 2. Ganhos em Expectativa de Vida ao Nascer (Variação entre 1995 e 2017)**



Fonte: IHME (gastos totais per capita) e Banco Mundial (expectativa de vida e PIB per capita). Observações abaixo do percentil 10 ou acima do percentil 10 foram removidas de cada uma das distribuições.

Nota: Elaboração dos autores.

cos, esse padrão parece surpreendente.<sup>4</sup> De fato, o Brasil destoa de países com sistemas semelhantes, que apresentam gastos públicos não menores que 70% do total. No Brasil, esta proporção é 42%, menor até em comparação aos Estados Unidos, onde o sistema de saúde é essencialmente privado e não existe um serviço nacional com cobertura universal (Rocha et al. 2021).

Os pontos enfatizados nesta seção indicam que a saúde da população brasileira tem avançado em linha, ou até mesmo mais rapidamente do que em ou-

<sup>4</sup> A Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, foi criada em 1994 e teve significativa expansão na cobertura a partir de 1998, atingindo metade da população no território nacional em 2008 e 64% ao fim de 2019. Enquanto isso, a cobertura no setor privado não aumentou tanto: de 25,8% em 1998 a 29,8% em 2019, comparando o percentual dos adultos acima de 18 anos com um plano de saúde, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, respectivamente (essas estimativas excluem os residentes em áreas rurais da Região Norte).



tros países, em particular se considerarmos a variação do gasto público per capita em saúde. Nesse sentido, a motivação para quaisquer reformas no sistema de saúde brasileiro, seja no SUS ou no segmento privado, deve levar em conta os avanços obtidos até aqui e suas implicações para o futuro da saúde no país.

## Considerações sobre a Reforma da Lei dos Planos de Saúde

Como já mencionado, as interações entre o SUS e o setor privado são complexas e os dois segmentos não podem ser considerados estanques. Discutimos a seguir alguns dos principais argumentos em favor de reformas no marco legal dos planos de saúde, bem como questões importantes associadas à desregulamentação da saúde suplementar que podem trazer implicações de primeira ordem para o funcionamento do SUS. Qualquer proposta de alteração de regras no setor deve levar essas questões seriamente em consideração.

### Motivações e Argumentos Pró-Reforma

Indivíduos buscam planos privados de saúde em função de alguma insatisfação com o sistema público. Essa insatisfação pode derivar da qualidade do serviço público, de tempos prolongados de espera, do desconforto das instalações físicas, da dificuldade geográfica de acesso, e de vários outros fatores (Pita Barros & Siciliani 2011). A principal vantagem potencial de uma flexibilização de planos é, portanto, permitir que alguns indivíduos acessem serviços percebidos como de maior qualidade a custos relativamente baixos (quando comparados a planos mais completos). No Brasil, o acesso a consultas com especialistas e exames diagnósticos são gargalos do SUS (Castro et al. 2019). A existência de planos privados de saúde que ofereçam apenas consultas com especialistas ou exames diagnósticos pode, portanto, ser visto como um mecanismo para aliviar esses gargalos. Na mesma linha, um argumento que tem sido recorrentemente apresentado sustenta que esse movimento de parte da população para planos com cobertura mais limitada acabaria liberando recursos do SUS, diminuindo assim a pressão sobre a provisão pública de saúde.

Alguns indivíduos certamente podem se beneficiar de planos mais baratos e com cobertura restrita. Mas, como discutido anteriormente, em um sistema de saúde como o brasileiro, onde os setores público

e privado estão intimamente conectados, é preciso que questões desse tipo sejam analisadas sob uma perspectiva mais ampla e que leve em consideração todo o desenho do sistema de saúde e possíveis efeitos de mudanças desse tipo sobre o setor público. Além disso, mercados privados de saúde sofrem de problemas informacionais, amplamente documentados na literatura (Bhattacharya et al. 2013). Isso implica que mudanças aparentemente positivas, que ampliem o escopo de escolha dos consumidores, podem acabar levando a reduções no bem-estar desses mesmos consumidores, seja por efeitos negativos através do equilíbrio de mercado ou de uma capacidade ampliada das firmas de extrair sua renda (através da possibilidade de “separar” diferentes tipos de consumidores em categorias de plano distintas).

### Filas de Espera e Iniquidades Potenciais

Em todos os sistemas públicos de saúde com cobertura universal, a regulação de filas de espera funciona como um dos principais mecanismos de controle do acesso a serviços. Essas filas devem respeitar aspectos de equidade, necessidade e urgência, dadas as restrições de oferta, ou seja, parâmetros que estabelecem o fluxo de pacientes na rede. No Brasil, inexistem mecanismos regulatórios claros organizando a migração e o acesso dos indivíduos diagnosticados entre os setores. De um lado, na ausência desses mecanismos, se os exames diagnósticos realizados no sistema privado possibilitarem o acesso direto a tratamentos complexos no SUS, os planos mais simples podem acabar funcionando como mecanismos para “furar a fila” de acesso a esses últimos no SUS. Considerando que os planos de seguro privado de saúde são subsidiados publicamente através de diferentes benefícios tributários (Ocké-Reis 2018), possíveis impactos regressivos devem ser considerados. Se os indivíduos que compram planos têm melhores condições sociais em relação aos que permanecem cobertos exclusivamente pelo SUS, espera-se então uma ampliação das desigualdades. Indivíduos atendidos pelos planos privados terão acesso a diagnósticos e exames necessários previamente àqueles com as mesmas condições de saúde, mas que não têm plano, tendo, portanto, acesso mais rápido ao setor público para procedimentos mais caros e complexos. Do outro lado, se for exigido que o usuário com plano privado acesse o sistema público por meio de estabelecimentos de atenção primária e refaça exames, haverá desperdício de recursos e perda de eficiência.



## Fragmentação do Cuidado

Planos privados de saúde que ofereçam apenas consultas e exames diagnósticos representam também um risco em termos de fragmentação do cuidado e descoordenação no sistema de saúde ao longo dos níveis de atenção. Níveis de atenção (i.e. primária, secundária, terciária) não podem ser considerados independentes entre si. Serviços de atenção primária têm interface e devem ser coordenados com a atenção secundária, com serviços mais especializados, e com a terciária, onde o cuidado requer maior complexidade tecnológica.

Como mencionado na seção anterior, no caso brasileiro, em geral, não existe regulação para um eventual fluxo de pacientes e atendimentos entre o SUS e o setor privado, e as regras de acesso a serviços são próprias de cada segmento. A perda da coordenação e da integralidade do cuidado, portanto, é um problema que pode ter implicações sérias sobre a qualidade do serviço ofertado e a saúde dos pacientes. De fato, a evidência sobre a integração e coordenação dos cuidados ilustra os impactos negativos da prestação de serviços fragmentados sobre a saúde dos pacientes (Juo et al. 2019, Snow et al. 2020, Wang et al. 2017) e sugere que os modelos integrados de cuidado podem aumentar a satisfação do paciente, a percepção da qualidade da atenção (Baxter et al. 2018), o acesso aos cuidados (Baxter et al. 2018, Shahidullah et al. 2018, Rygh & Hjortdahl 2007) e reduzir as disparidades de saúde (Lewis & Myhra 2017, Rygh & Hjortdahl 2007).<sup>5</sup>

## Considerações Adicionais

**Substituição de planos.** Planos com cobertura mais restrita não atrairiam apenas indivíduos hoje cobertos integralmente pelo SUS. Muito provavelmente, parte dos indivíduos hoje cobertos por planos mais completos também migraria para esses novos planos. Esse movimento pode ganhar força, por exemplo, através da mudança de planos empresariais nessa direção, particularmente provável em condições de mercado de trabalho desaquecido (Anand 2017).<sup>6</sup> Se esse for o caso, a desregulamentação pode

<sup>5</sup>Por exemplo, estudos sugerem que a readmissão do paciente a um hospital diferente daquele onde a cirurgia ou procedimento foi originalmente realizado está associada ao aumento da mortalidade (Juo et al. 2019, Snow et al. 2020), maior tempo de internação e aumento do risco de readmissão ao hospital (Wang et al. 2017).

<sup>6</sup>Além disso, como a população empregada está em idade ativa, os eventos hospitalares ou que exigem serviços de maior complexidade são relativamente menos frequentes. Para o em-

acabar deixando uma parcela maior da população sem acesso a serviços complexos na saúde suplementar, exatamente os mais custosos. Nesse cenário, é possível que a entrada de planos mais acessíveis acabe por sobrecarregar a prestação de serviços de mais alta complexidade e maior custo no SUS.

**Cream skimming.** Outra possível consequência da flexibilização de planos é ampliar a capacidade das firmas operando no setor de selecionar apenas os consumidores com perfil mais lucrativo, deixando aqueles com maiores custos potenciais a cargo do setor público. Em outras palavras, a desregulamentação pode incentivar o que é chamado de *cream skimming*. O termo faz referência à prática, frequente quando o setor privado tem discricionariedade de escolha, de escolher quais pacientes tratar, e dar prioridade aos que geram maiores benefícios financeiros. Por exemplo, existe evidência de outros contextos sugerindo que hospitais privados encaminham para outros estabelecimentos pacientes com condições mais complexas e que geram menor lucro (Yang et al. 2020), e de que consultórios privados dão preferência a pacientes cujo atendimento é presumivelmente mais rentável (Werbeck et al. 2021). Maior discricionariedade para os planos de saúde decidirem sobre os pacotes de serviços oferecidos em diferentes partes do país ou para pacientes com diferentes perfis de risco tem o potencial de aumentar o fluxo de pacientes para os serviços mais complexos e mais custosos oferecidos pelo SUS.

**Implicações para o financiamento do SUS.** Como mencionado acima, a entrada de planos mais acessíveis no mercado poderia aumentar a demanda por serviços públicos de mais alta complexidade, demandando então maior aporte de recursos no SUS. Também podem existir implicações importantes para o desenho de programas específicos dentro do sistema público. Para alguns tipos de procedimentos (por exemplo, procedimentos oncológicos de alta complexidade), considera-se o número de beneficiários em uma unidade federativa para avaliar a necessidade de recursos. Adicionalmente, com as mudanças no financiamento da atenção básica introduzidas pelo Programa Previne Brasil, uma expansão dos planos mais simples pode afetar adversamente o financiamento da atenção básica no SUS e sua escala.<sup>7</sup> Em ambos os casos, se a cobertura de planos

pregador, os planos com cobertura limitada reduzem o custo de oportunidade de utilização de serviços de saúde.

<sup>7</sup>O Previne Brasil substituiu critérios populacionais pelo critério de capitação ponderada para determinar o montante transferido aos municípios. Por este critério, os municípios recebem



de saúde exclusivamente ambulatoriais aumentar, é essencial avaliar as mudanças que seriam necessárias na forma como os recursos são distribuídos dentro do SUS.

### **Regionalização vinculada à rede de prestadores.**

Uma das questões em discussão refere-se à regionalização da cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município. Consiste, então, no credenciamento dos serviços existentes na região que serão disponibilizados aos beneficiários de acordo com a capacidade operacional da rede local. Para este produto, é necessária a flexibilização do rol de procedimentos da ANS. Neste caso, é esperado que planos com menor cobertura sejam ofertados em regiões com provisão limitada. De fato, a operação no setor de saúde requer escala e pode não ser rentável em locais isolados, sem densidade populacional suficiente e que enfrentam logística complexa de transporte e infraestrutura. Ainda assim, todos os pontos discutidos anteriormente também seriam potencialmente magnificados em uma eventual regionalização da saúde suplementar dentro dessa lógica. Poderia se esperar, por exemplo, que a discricionariedade na escolha pelo lado dos planos de saúde levasse à seleção exclusiva de serviços e localidades mais rentáveis e com custos de operação mais baixos.

### **Comentários Finais**

Reformas à Lei dos Planos de Saúde podem ser necessárias para garantir a viabilidade financeira dos planos, os direitos dos usuários e os interesses dos prestadores. No entanto, quaisquer que forem os caminhos adotados, os possíveis impactos sobre o equilíbrio do mercado privado e sobre o próprio SUS devem ser levados cuidadosamente em consideração.

Em países que combinam um sistema público universal com um setor suplementar privado, as duas partes do sistema não podem ser pensadas como compartimentos estanques. Um aumento da cobertura dos planos de saúde, a depender dos termos propostos, não necessariamente é uma solução para os gargalos do SUS. Se esse aumento se der através de planos com cobertura limitada a procedimentos de baixa complexidade e de menor custo, o resultado pode ser um aumento na fragmentação do sis-

---

recursos conforme a quantidade de usuários cadastrados pelas equipes de Saúde da Família ou outras equipes de atenção básica.

tema, uma maior sobrecarga dos serviços mais complexos e mais custosos oferecidos pelo SUS, e um aumento da desigualdade no acesso a esses serviços. Em particular, não podemos descartar um cenário em que o SUS fique ainda mais sobrecarregado caso ocorra uma substituição de planos mais completos por planos acessíveis e mais limitados. Independentemente, os pontos discutidos aqui devem ocupar um papel central em qualquer avaliação séria do redesenho da regulação no setor de saúde suplementar.

Por fim, mas não menos importante, também não podemos desconsiderar que o SUS deverá continuar cobrindo toda a população e ofertando serviços em todos os níveis de atenção, de maneira integral, universal, em todas as regiões do País, assim como está definido na Constituição de 1988. Planos privados não têm atribuição constitucional na oferta de serviços ou o papel de desafogar o SUS. Esta deveria ser mantida como atribuição e responsabilidade, *de jure* e *de facto*, da sociedade brasileira.

### **Agradecimentos**

Agradecemos a Arminio Fraga e Rebeca Freitas por comentários e a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

### **Referências**

- Abaluck, J. & Gruber, J. (2011), 'Choice Inconsistencies among the Elderly: Evidence from Plan Choice in the Medicare Part D Program', *American Economic Review* **101**(4), 1180–1210.
- Anand, P. (2017), 'Health Insurance Costs and Employee Compensation: Evidence from the National Compensation Survey', *Health Economics* **26**(12), 1601–1616.
- ANS (2017), 'Relatório de consolidação das informações e contribuições ao Projeto de Plano de Saúde Acessível', *Agência Nacional de Saúde Suplementar*.
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E. & Booth, A. (2018), 'The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence', *BMC Health Services Research* **18**, 350.
- Bhattacharya, J., Hyde, T. & Tu, P. (2013), *Health Economics*, Palgrave Macmillan.
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R. et al. (2019), 'Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future', *The Lancet* **394**(10195), 345–356.



- Chandra, A., Handel, B. & Schwartzstein, J. (2019), Behavioral economics and health-care markets, in B. D. Bernheim, S. DellaVigna & D. Laibson, eds, 'Handbook of Behavioral Economics - Foundations and Applications', Vol. 2, North-Holland, pp. 459–502.
- Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME (2020), 'Global Health Spending 1995–2017', *Institute for Health Metrics and Evaluation*.
- Juo, Y.-Y., Sanaiha, Y., Khrucharoen, U., Chang, B. H., Dutton, E. & Benharash, P. (2019), 'Care fragmentation is associated with increased short-term mortality during postoperative readmissions: A systematic review and meta-analysis', *Surgery* **165**(3), 501–509.
- Lewis, M. E. & Myhra, L. L. (2017), 'Integrated Care with Indigenous Populations: A Systematic Review of the Literature', *American Indian and Alaska native mental health research* **24**, 88–110.
- Marone, V. & Sabety, A. (2021), 'When Should There Be Vertical Choice in Health Insurance Markets?', *American Economic Review* p. Forthcoming.
- Ocké-Reis, C. O. (2018), 'Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde', *Ciência & Saúde Coletiva* **23**(6), 2035–42.
- Pita Barros, P. & Siciliani, L. (2011), Public and Private Sector Interface, in M. V. Pauly, T. G. McGuire & P. P. Barros, eds, 'Handbook of Health Economics', Vol. 2 of *Handbook of Health Economics*, Elsevier, pp. 927–1001.
- Rocha, R., Furtado, I. & Spinola, P. (2021), 'Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil', *Health Economics* **30**(5), 1082–1094.
- Rygh, E. & Hjortdahl, P. (2007), 'Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study', *Rural Remote Health* p. 766.
- Shahidullah, J. D., Carlson, J. S., Haggerty, D. & Lancaster, B. M. (2018), 'Integrated care models for ADHD in children and adolescents: A systematic review', *Families, Systems & Health* **36**, 233–47.
- Snow, K., Galaviz, K. & Turbow, S. (2020), 'Patient Outcomes Following Interhospital Care Fragmentation: A Systematic Review', *Journal of General Internal Medicine* **35**(5), 1550–1558.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. & Wharton, G. (2020), '2020 International Profiles of Health Care Systems', *The Commonwealth Fund*.
- Wang, V., Diamantidis, C. J., Wylie, J. & Greer, R. C. (2017), 'Minding the gap and overlap: a literature review of fragmentation of primary care for chronic dialysis patients', *BMC Nephrology* **18**(1), 274.
- Werbeck, A., Wübker, A. & Ziebarth, N. R. (2021), Cream Skimming by Health Care Providers and Inequality in Health Care Access: Evidence from a Randomized Field Experiment, Working Paper 28809, National Bureau of Economic Research.
- Yang, O., Chan, M. K., Cheng, T. C. & Yong, J. (2020), 'Cream skimming: Theory and evidence from hospital transfers and capacity utilization', *Journal of Economic Behavior & Organization* **173**, 68–87.

---

### Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Rocha, R., Salmen, M. C., Lima, T., Miessi, F., Moreno-Serra, R., Mrejen, M., Rache, B., Soares, R. R. e M. Viegas. (2021). Considerações sobre a Reforma da Lei dos Planos de Saúde e seus Possíveis Impactos sobre o SUS. *Nota Técnica* n. 24. IEPS: São Paulo.

[www.ieps.org.br](http://www.ieps.org.br)  
+55 11 4550-2556  
[contato@ieps.org.br](mailto:contato@ieps.org.br)