

RELATÓRIO DESCRITIVO DO GT DE PLANOS ACESSÍVEIS

Relatório de consolidação das informações e contribuições ao Projeto de
Plano de Saúde Acessível.

Sumário

I. INTRODUÇÃO	2
II. MÉTODO	10
III. CONTRIBUIÇÕES DA CONSULTA INTERNA.....	11
IV. CONTRIBUIÇÕES DO DEBATE PÚBLICO.....	18
V. CONTRIBUIÇÕES DA CONSULTA PÚBLICA.....	40
VI. POSIÇÃO DA ANS ACERCA DAS PROPOSTAS ENCAMINHADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	44
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
ANEXO A – Listas de presença/atas Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde.	48
ANEXO B – Listas de presença/atas Grupo de Trabalho da ANS.....	49
ANEXO C – Contribuições da Consulta Interna nº 27.	50
ANEXO D – Apresentações e transcrições dos áudios do Debate Público, realizado nos dias 28 a 30 de junho de 2017.	51
ANEXO E – Contribuições recebidas na Consulta Pública.....	53

RELATÓRIO CONJUNTO SEGER/GABINETE/ANS Nº 01/2017

Rio de Janeiro, 22 de agosto de 2017.

Assunto: Relatório de consolidação das informações e contribuições acerca do Projeto de Plano de Saúde Acessível conforme Grupo de Trabalho instituído pelo Ministério da Saúde

Referência: Portaria nº 1.482, de 04/08/2016 e Ofício nº 60-GS/SAS, de 18/01/2017, ambos do Ministério da Saúde.

À Diretoria Colegiada,

I. INTRODUÇÃO

Trata o presente do relatório de consolidação das informações e contribuições acerca do Projeto de Plano de Saúde Acessível conforme Grupo de Trabalho instituído pelo Ministério da Saúde.

No dia 05 de agosto de 2016, o Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União, Seção 1, a Portaria nº 1.482, de 04 de agosto de 2016 através do qual instituiu o Grupo de Trabalho para discutir o Projeto de Plano de Saúde Acessível, como segue:

PORTARIA Nº 1.482, DE 4 DE AGOSTO DE 2016

Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º - Fica instituído Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível.

Art. 2º - Compete ao Grupo de Trabalho de que trata o art. 1º:

I - realizar estudos e elaborar documentos técnicos para a qualificação de Projeto de Plano de Saúde Acessível;

II - realizar estudos de impacto financeiro de implantação de Projeto de Plano de Saúde Acessível; e

III - apresentar proposta de Projeto de Plano de Saúde Acessível, considerando os resultados dos estudos e discussão realizados pelo Grupo de Trabalho.

Art. 3º - O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e/ou instituições:

I - Ministério da Saúde;

II - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e

III - Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG).

§ 1º - O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível será coordenado pelo representante do Ministério da Saúde.

§ 2º - Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos ou instituições de que tratam os incisos I ao III do caput serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos ao Gabinete do Ministro de Estado da Saúde.

§ 3º - A Coordenação do Grupo de Trabalho poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, além de pesquisadores e especialistas, quando necessário para o cumprimento das finalidades deste Grupo de Trabalho.

§ 4º - Os produtos resultantes das atividades desenvolvidas no âmbito do Grupo de Trabalho serão consolidados e comporão o relatório final de atividades do Grupo de Trabalho.

Art. 4º - O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível terá prazo máximo de duração de 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período.

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

Foram realizadas cinco reuniões ao todo pelo Grupo de Trabalho instituído pelo Ministério da Saúde, conforme detalhamento abaixo:

	DIA	HORÁRIO	LOCAL	PARTICIPANTES	DELIBERAÇÃO (Ata)
I	31/08/2016	10h	Ministério da Saúde/DF	Lista de presença no Anexo A	Ata no Anexo A

II	16/09/2016	9h	Núcleo do Ministério da Saúde em SP	Lista de presença no Anexo A	N/C
III	31/10/2016			Lista de presença no Anexo A	N/C
IV	22/11/2016		SP	Lista de presença no Anexo A	N/C
V	02/12/2016		SP	Lista de presença no Anexo A	N/C

*N/C: não consta

Após as reuniões e deliberações do Grupo de Trabalho, o Ministério da Saúde enviou o Ofício nº 60-GS/SAS, de 18 de janeiro de 2017 para manifestação da ANS acerca da viabilidade técnica em relação às seguintes propostas:

- **Plano Simplificado:** cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia. Por meio do Plano Simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas.
- **Plano Ambulatorial + Hospitalar:** cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.

- **Plano em Regime Misto de Pagamento:** oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.

Segundo o Ministério da Saúde, as motivações para a apresentação das propostas foram as seguintes:

- *A crise econômica que o país atravessa ao longo dos últimos três anos que tem impactado diretamente no mercado de trabalho. Em agosto do ano de 2016, o desemprego aberto atingiu 12 milhões de pessoas. Atualmente cerca de 80% dos vínculos ativos de planos de saúde se concentram nos planos de saúde coletivos (por adesão ou empresarial), assim, o mau desempenho do mercado de trabalho afeta diretamente o mercado de saúde suplementar;*
- *A redução de beneficiários em planos médico-hospitalares que, segundo dados levantados pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), em doze meses, foi de 3,05% chegando a 48,6 milhões de beneficiários em junho de 2016. Nesse mesmo levantamento constatou-se que em junho de 2015 o número de beneficiários era superior a 50 milhões;*
- *A redução da massa segurada que eleva as despesas per capita das operadoras e impacta na precificação do produto, o que dificulta ainda mais o acesso da população à saúde suplementar; e*
- *O intuito de ofertar planos mais acessíveis, com atendimento direcionado para as reais necessidades dos cidadãos brasileiros.*

Além disso, as propostas acima tiveram como base os seguintes norteadores:

- **Rede hierarquizada (com direcionamento):** incentivo ao cuidado primário, com acesso inicial obrigatório via médico da família ou atenção primária, escolhido pelo beneficiário entre os designados pela operadora. Caberá a este profissional (clínico geral, ginecologista e pediatra) fazer o acompanhamento e todos os encaminhamentos do beneficiário na rede;
- **Fator moderador (coparticipação):** aumento da coparticipação, fazendo com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua saúde. Para tanto, é preciso simplificar as regras atuais e rever normativos desta

Agência Reguladora, no intuito de que a coparticipação possa atingir ao menos 50% do valor do procedimento;

- **Protocolos Clínicos Definidos:** adoção de protocolos clínicos objetivos, de uso obrigatório e que não devem ser diferentes daqueles adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O dispositivo garante a segurança do paciente, orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento;
- **Recomposição de preços com base em planilhas de custo:** o plano acessível de contratação individual deve ter regra de reajuste diferente da adotada atualmente pela ANS, permitindo à operadora recompor o aumento do custo;
- **Obrigatoriedade da segunda opinião médica (alta complexidade):** A obrigatoriedade de segunda opinião médica, nos casos de maior complexidade, garantirá que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais e evitará o uso desnecessário de recursos, evitando desperdícios;
- **Revisão dos prazos de atendimento:** prazo de 7 (sete) dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). Para as demais especialidades, sugere-se alongar de 14 (quatorze) para 30 (trinta) dias. Para cirurgias eletivas e programadas, sugere-se a alteração de 21 (vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias;
- **Canal digital de comunicação:** implementação de canais digitais de comunicação com o intuito de reduzir desperdícios em processos administrativos e operacionais. Assim, tanto a venda, quanto o pagamento, os extratos e os orientadores de rede assistencial estariam disponíveis para todos, preferencialmente via internet;
- **Plano Regionalizado:** 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 capacidade operacional do município. Para este produto é necessária a flexibilização do Rol de procedimentos da ANS.

A partir do recebimento das propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde, a ANS aprovou por unanimidade a constituição de um Grupo Técnico composto pelos Diretores Adjuntos e servidores indicados de cada Diretoria, e da Procuradoria Geral junto à ANS - PROGE, coordenado pela Chefia de Gabinete da Presidência e pela Secretaria Geral, para análise preliminar de viabilidade técnica das propostas, e posterior realização de consulta pública. O prazo para

apresentação de resultados foi de 60 (sessenta) dias, havendo previsão de prorrogação para conclusão dos trabalhos, conforme deliberado na 458ª Reunião da Diretora Colegiada, realizada no dia 25 de janeiro de 2017.

No dia 24 de março de 2017, a ANS publicou no Diário Oficial da União, Seção 2, a Portaria nº 8.851, de 23 de março de 2017 que instituiu o Grupo de Trabalho para avaliar a proposta de criação de plano acessível encaminhada pelo Ministério da Saúde, como segue:

PORTARIA Nº 8.851, DE 23 DE MARÇO DE 2017

O DIRETOR PRESIDENTE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, no uso da atribuição que lhe confere o art. 85, inciso II c/c a artigo 77, inciso I, alínea "b", ambos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, com fundamento legal nos incisos XVI, XX, XXIV, XXV, XXXII, XXXVI e XXXVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, resolve:

Art. 1º Instituir Grupo de Trabalho - GT para avaliar a proposta de criação de plano acessível encaminhada para ANS pelo Ministério da Saúde.

Art. 2º Designar os Servidores a seguir relacionados para comporem o Grupo de Trabalho:

I - Michelle Mello de Souza e Pedro da Silveira Villela, como representantes da Diretoria de Desenvolvimento Setorial;

II - Rodrigo Rodrigues de Aguiar e Lalucha Parizek Silva, como representantes da Diretoria de Fiscalização;

III - Wladimir Ventura de Souza e Eduardo Calasans Rodrigues, como representantes da Diretoria de Gestão;

IV - Cesar Brenha Rocha Serra e Samir Jose Caetano Martins, como representantes da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras;

V - Carla de Figueiredo Soares e Luiz Ricardo Trindade Bacellar, como representantes da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

VI - Lenise Barcellos de Mello Secchin e Angélica Villa Nova de Avellar Du Rocher Carvalho, como representantes do Gabinete da Presidência;

VII - Suriêtte Apolinário dos Santos e Mirella Jordão Amorim, como representantes da Secretaria Geral;

VIII - Alexandre Gomes Gonçalves e Dalton Robert Tibúrcio como representantes da Procuradoria Federal junto à ANS.

Parágrafo único. A coordenação dos trabalhos será exercida pelo Secretário-Geral e pela Chefe de Gabinete da Presidência assessorados pela Gerente-Geral de Análise Técnica da Presidência e Gerente de Planejamento e Acompanhamento e poderão contar com membros convidados para participar das

reuniões do Grupo de Trabalho, caso identifique a necessidade de contribuições específicas.

Art. 3º O Grupo de Trabalho terá o prazo de 30 (trinta) dias para o cumprimento de suas tarefas, podendo ser prorrogado por igual período, por decisão da Diretoria Colegiada.

§ 1º Após o prazo previsto no caput do artigo, será aberta etapa de participação social que deverá ser concluído no prazo de 30 (trinta) dias, em que serão convidados os Ministérios Públicos, Secretaria Nacional do Consumidor (SENACOM), Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Proteste, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-Brasil), Entidades de Representação das Operadoras - Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Unimed do Brasil, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); Associação Nacional de Administradoras de Benefícios (ANAB); Entidades de Representação dos Prestadores - Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Confederação Nacional de Saúde (CNS), Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), demais membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), dos servidores da Agência, autorizados por suas respectivas chefias imediatas, sem prejuízo de todas as demais entidades ou Cidadãos que queiram participar.

§ 2º A Diretoria Colegiada poderá prorrogar o prazo previsto no parágrafo anterior, caso considere necessário.

§ 3º Após o término da etapa de participação social prevista neste artigo, o GT deverá no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar relatório final à Diretoria Colegiada.

§ 4º Após apresentação disposta no parágrafo anterior o relatório final será enviado ao Ministério da Saúde.

Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

No dia 19 de abril de 2017, a ANS publicou no Diário Oficial da União, Seção 2, a Portaria nº 8.895, de 18 de abril de 2017 através da qual substituiu o servidor Pedro da Silveira Villela pelo servidor Gustavo de Barros Macieira, como representante da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Em 20/04/2017, na 464ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada, foi deliberada a prorrogação do prazo do Grupo de Trabalho quanto a sua fase interna.

O Grupo de Trabalho da ANS se reuniu nos dias e horários, conforme detalhamento abaixo:

	DIA	HORÁRIO	LOCAL	PARTICIPANTES	DELIBERAÇÃO (Ata)
I	03/04/2017	14h	Sede da ANS/RJ	Lista de presença no Anexo B	Ata no Anexo B
II	10/04/2017	14h	Sede da ANS/RJ	Lista de presença no Anexo B	Ata no Anexo B
III	17/04/2017	14h	Sede da ANS/RJ	Lista de presença no Anexo B	Ata no Anexo B
IV	24/04/2017	14h	Sede da ANS/RJ	Lista de presença no Anexo B	Ata no Anexo B
V	02/05/2017	14h	Sede da ANS/RJ	Lista de presença no Anexo B	Ata no Anexo B
VI	29/05/2017	14h	Sede da ANS/RJ	N/C	Ata no Anexo B

*N/C: não consta

A despeito das atividades desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho, a ANS realizou, no período de 14/06/2017 a 14/07/2017, a Consulta Interna nº 27 com o intuito de receber contribuições do seu corpo técnico.

As 05 (cinco) contribuições encaminhadas pelo corpo técnico da ANS encontram-se no **Anexo C**.

Ato seguinte, e conforme disposto no §1º do art. 3º da Portaria nº 8.851, de 23/03/2017 que instituiu o Grupo de Trabalho, a ANS realizou um debate público no período de 28 a 30 de junho de 2017, na cidade do Rio de Janeiro, onde as seguintes entidades puderam participar ativamente da discussão acerca da proposta encaminhada pelo Ministério da Saúde: UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde); OAB (Ordem dos Advogados do Brasil); FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar); ANAB (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios); IDEC (Instituto Brasileiro de

Defesa do Consumidor); ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo); UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro); CMB (Confederação das Santas Casas de Misericórdia); Faculdade de Medicina de Presidente Prudente; SENACON (Secretaria Nacional do Consumidor); NUDECON (Núcleo de Defesa do Consumidor); MPRJ (Ministério Público do Rio de Janeiro); Proteste; FBH (Federação Brasileira de Hospitais); ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados); Unimed do Brasil; AMB (Associação Médica Brasileira) e Ministério Público Federal.

Além das entidades citadas, o corpo técnico da ANS também pode participar do debate público.

Todo o conteúdo apresentado pelas entidades, assim como, toda a transcrição dos áudios em textos encontram-se no **Anexo D**.

Finalizado o debate público, a ANS concedeu um prazo até o dia 28 de julho de 2017 (30 dias) para que todos os interessados no assunto pudessem enviar contribuições através do canal: consulta.acessiveis@ans.gov.br.

As 09 (nove) contribuições enviadas encontram-se no **Anexo E**.

É o breve relatório.

II. MÉTODO

Trata-se de uma análise qualitativa acerca das propostas de Planos de Saúde Acessíveis conforme proposta encaminhada à ANS pelo Ministério da Saúde. Segundo John W. Creswell (2007), uma técnica qualitativa é aquela em que o investigador sempre faz alegações de conhecimento com base principalmente ou em perspectivas construtivistas (ou seja, significados múltiplos das experiências individuais, significados social e historicamente construídos, com o objetivo de desenvolver uma teoria ou um padrão) ou em perspectivas reivindicatórias/participatórias (ou seja, políticas, orientadoras para a questão; ou colaborativas, orientadas para a mudança) ou ambas. Ela também usa estratégias de investigação como narrativas, fenomenologias, etnografias, estudos baseados em teoria ou estudos de teoria embasada da realidade. O

pesquisador coleta dados emergentes abertos com o objetivo principal de desenvolver temas a partir de dados.

A análise foi feita com base no cruzamento das informações recebidas do Ministério e das contribuições no âmbito da Consulta Interna, Debate Público e Consulta Pública.

III. CONTRIBUIÇÕES DA CONSULTA INTERNA

No período de 14/06/2017 a 14/07/2017 a ANS realizou a Consulta Interna nº 27 com o intuito de receber contribuições do seu corpo técnico. Ao todo, cinco servidores apresentaram contribuições.

Para os servidores, as propostas apresentam fragilidades que precisam ser revistas.

Do total de contribuições enviadas, a maioria aponta para a rejeição das propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde.

CONTRIBUIÇÃO	DETALHAMENTO
	<p>===/ Item 1 /===</p> <p>Seção: PLANO SIMPLIFICADO Tipo de Contribuição: Alteração</p> <p>Texto Proposto: Cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina - CFM e serviços auxiliares de diagnósticos e terapias de baixa e média complexidade, incluindo pronto atendimento e casos de urgência ou emergência. Nessa proposta não há previsão para internação eletiva ou após o atendimento inicial de urgência ou emergência, que serão encaminhados para atendimento no SUS, terapias e exames de alta complexidade ou hospital dia.</p> <p>Justificativa: Um plano de saúde sem pronto atendimento em ambulatório, ou em casos de urgência ou emergência, não oferece uma cobertura mínima ao beneficiário, que ficaria sem assistência quando mais precisa dela. A proposta deve ser clara, portanto, percentuais de resolução me parecem uma propaganda para venda, e a ausência de informação de que o atendimento será pelo SUS para internação após urgências e emergências deve constar.</p>
José Estevam Lopes Cortez da Silva Freitas	<p>===/ Item 2 /===</p> <p>Seção: PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR Tipo de Contribuição: Alteração</p>

Texto Proposto:

Cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. O beneficiário terá, ainda, a possibilidade de uma junta médica com desempatador caso discorde da segunda opinião. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e a capacidade operacional da rede particular, e que só serão aceitos registros de produtos caso a capacidade da rede suporte o quantitativo de beneficiários previstos no produto.

Justificativa:

O beneficiário precisa ter como discordar da auditoria médica, não pode ser um procedimento unilateral, estamos lidando com saúde e linha de cuidado, a auditoria, muitas vezes, só vê o lado financeiro do atendimento. A rede deve ser capaz de atender os beneficiários segundo o Rol, não se pode diminuir o Rol em virtude de insuficiência de rede.

===/ Item 3 /===

Seção: PLANO EM REGIME MISTO DE PAGAMENTO

Tipo de Contribuição: Exclusão

Texto Proposto:**Justificativa:**

Neste caso estaríamos voltando ao tempo pré Lei 9656/98, sem segurança ao beneficiário, que passaria a arcar com o risco do plano, ao invés da operadora. A ANS já veda este tipo de atendimento ao limitar a coparticipação em valores que impossibilitem o beneficiário em realizar o atendimento necessário.

===/ Item 1 /===

Seção: PLANO SIMPLIFICADO

Tipo de Contribuição: Exclusão

Texto Proposto:**Justificativa:**

Criar um plano para atenção primária é subverter a lógica da agência. Está no nome da ANSS, "SUPLEMENTAR". O que tem de suplementar em atendimento "básico"? A única consequência de um absurdo desses é acabar com o SUS, ou pior, transferir para o SUS todos os custos da medicina de alta complexidade. Ou pior ainda, ceder terreno para pilantras venderem planos de saúde como se fossem pirâmides como a do Bernard Madoff. Aliás, planos odontológicos, que tem basicamente as regras que querem criar para esse plano "básico", já fizeram consulta à ANSS sobre remunerar beneficiários que comercializarem seus produtos. Que nome damos a isso?

Glauco Carreira

===/ Item 2 /===

Seção: PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR

Tipo de Contribuição: Alteração

Texto Proposto:

Cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário NÃO poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica, a menos que seja de sua vontade, que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano é o ROL DE PROCEDIMENTOS DEFINIDOS PELA ANSS.

Justificativa:

Não há motivo para uma segunda opinião se o beneficiário foi encaminhado para atendimento hospitalar por um ESPECIALISTA, resguardado o DIREITO do beneficiário a uma segunda opinião.

Acabar com o ROL é a acabar com a regulação. Se querem fechar a agência eu concordo com o fim do ROL.

O ROL pode alterado, mas deve permanecer um só para qualquer plano em qualquer lugar.

===/ Item 3 /===

Seção: PLANO EM REGIME MISTO DE PAGAMENTO

Tipo de Contribuição: Exclusão

Texto Proposto:

Justificativa:

Hoje são 3287 procedimentos incluídos no ROL. Imagino a facilidade para o beneficiário avaliar o valor de cada uma dessas 3287 linhas e julgar o custo/benefício com relação a contraprestação que dever? pagar. Se eu fosse um executivo de alguma operadora e emplacasse uma ideia dessas seria promovido.

===/ Item 1 /===

Seção: PLANO?AMBULATORIAL? ?HOSPITALAR

Tipo de Contribuição: Alteração

Bruno Araújo

Ramalho

Texto Proposto:

O acompanhamento do médico generalista só é válido caso a utilização deste profissional seja associada a uma estratégia centrada em prevenção e promoção de saúde (à semelhança do "médico da família" do programa de Saúde da Família do SUS). Com relação à amplitude de cobertura, sugere-se que tais produtos fiquem

limitados à esfera "Municipal" ou "grupo de municípios" e que, ao invés de se criar um "sub rol" por região do Brasil, seja definida uma lista (excepcional e periódica) de procedimentos do rol que, por possuírem baixíssima dispersão na maioria dos municípios do Brasil, não precisariam ser custeados de forma integral pela operadora (nos termos da RN 259/2011), ficando a cobertura limitada ao valor trazido por uma tabela-referência normativamente prevista (a exemplo da tabela CBHPM).

Justificativa:

A utilização de médicos generalistas como verdadeiros auditores e com o único intuito de criar uma porta de entrada para o acesso a consultas com especialistas ou para a realização de pequenos exames pode gerar litígios (entre operadora e consumidor) e, em muitos casos, pode se configurar como um desenho extremamente burocrático e dispendioso. A idéia do médico generalista, caso implementada, deve seguir a sistemática observada no Programa de Saúde da Família (SUS) - ou seja, deve ser acompanhada de um conjunto de estratégias de promoção à saúde e de acompanhamento clínico ao longo do tempo. Como deve ser desenhada a regulação para criar tais incentivos é o grande desafio a ser resolvido (e necessita de exaustivas discussões técnicas). Com relação à estratificação da amplitude de cobertura, a proposta de criação de "sub versões" do rol de procedimentos e eventos em saúde levaria a um cenário de grande complexidade regulatória, além de promover um aumento de assimetria da informação e criar diferentes problemas de equidade entre as regiões. Ademais, há um grande risco de vazio assistencial em alguns locais e a indução de um potencial inchaço da utilização de serviços públicos em municípios circunvizinhos (migração de demanda dos usuários desassistidos em direção aos centros públicos de excelência). Nesse sentido, não parece adequada a criação de um "sub rol" por região, mas sim a definição de uma área específica de atuação destes produtos (que não pode ser nacional) e demais salvaguardas que não criem concorrência desleal com aqueles produtos que se disponham a dar maior amplitude de cobertura. No tocante àqueles procedimentos com reconhecida escassez de serviços no território nacional, a proposta de criação de uma lista extraordinária de procedimentos permitiria maior previsibilidade financeira no tocante ao gerenciamento de tais custos (que ficariam limitados a uma tabela-referência). O ponto importante aqui é que tal lista seja uma franja excepcional e cuidadosamente delimitada de procedimentos - e não uma fatia relevante daquilo que esté previsto como "cobertura mínima".

===/ Item 1 /===

Seção: PLANO SIMPLIFICADO

Tipo de Contribuição: Exclusão

Texto Proposto:

Justificativa:

Aspectos fundamentais na regulamentação dos planos de saúde são afastados pela proposta, como: segmentação assistencial (a proposta subsegmenta a assistência à saúde); necessidade de constituição de rede; rol de procedimentos obrigatórios, dentre outros aspectos.

A aprovação das propostas pode significar um retorno ao mercado de saúde suplementar existente antes do advento da Lei n?

9.656/1998, ou seja, um mercado no qual diversos produtos são comercializados, de maneira não parametrizada, com coberturas diferenciadas por contrato, sem um rol mínimo de coberturas obrigatórias.

Vale dizer que a desregulamentação dos planos de saúde ocasionará mais assimetria de informação, aumento na judicialização do setor e, conseqüentemente, insegurança jurídica para as partes contratantes.

Outro ponto que merece destaque é que as propostas aumentam a fragmentação do cuidado e a falta de gestão da assistência prestada. Além disso, essas propostas vão gerar um aumento de atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde, que sofre congelamento de gastos.

Ou seja, direcionar a média e a alta complexidade para um sistema que tem gastos congelados por duas décadas significa dizer que a medida acarretará desassistência.

A visão de saúde de forma sistêmica também fica totalmente comprometida com a aprovação das propostas de planos acessíveis. Ademais, o direcionamento da média e da alta complexidade para o SUS, além de afetarem o sistema público, representa a perda de uma condição sine qua non dos contratos de planos de saúde, que é a assunção de riscos.

Ora, se as operadoras de planos privados de assistência à saúde passam a garantir a cobertura apenas da atenção primária, de baixa complexidade, não garantem os riscos da assistência à saúde, que se concentram na média e alta complexidades (que são os atendimentos mais caros).

===/ Item 2 /===

**Cleber Ferreira da
Silva Filho**

Seção: PLANO EM REGIME MISTO DE PAGAMENTO

Tipo de Contribuição: Exclusão

Texto Proposto:

Justificativa:

Essa mudança no modelo de prestação de serviços e de financiamento do setor podem levar ao fim do mutualismo na saúde suplementar.

Além disto, uma das conseqüências mais contraditórias das propostas é que essas mudanças poderão gerar um aumento ainda maior de gastos na saúde. Falta de gestão da assistência, sistemas fragmentados, assimetria de informação, desregulamentação, sabidamente têm como resultado incremento nos gastos em saúde. A denominação de "planos acessíveis", travestidos de "barateamento de custos" e "ampliação do acesso", na verdade, terão o efeito inverso, dificultarão o acesso aos serviços e aumentarão os custos do setor suplementar de saúde, onerando ainda mais o SUS.

A proposta do Ministério da Saúde carece de fundamentação técnica e motivação válidas pois os pressupostos técnicos da proposta não são conhecidos. Não foi apresentado o impacto das propostas, do ponto de vista técnico, o que faz com que sua implementação gere riscos ao equilíbrio e funcionamento do mercado de saúde suplementar e ao SUS. Por este motivo, mais estudos seriam necessários para avaliação da proposta.

===/ Item 3 /===

Seção: PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR

Tipo de Contribuição: Exclusão

Texto Proposto:

Justificativa:

Aspectos fundamentais na regulamentação dos planos de saúde são afastados pela proposta, como: segmentação assistencial (a proposta subsegmenta a assistência à saúde); necessidade de constituição de rede; rol de procedimentos obrigatórios, dentre outros aspectos.

A aprovação das propostas pode significar um retorno ao mercado de saúde suplementar existente antes do advento da Lei nº 9.656/1998, ou seja, um mercado no qual diversos produtos são comercializados, de maneira não parametrizada, com coberturas diferenciadas por contrato, sem um rol mínimo de coberturas obrigatórias.

Vale dizer que a desregulamentação dos planos de saúde ocasionará mais assimetria de informação, aumento na judicialização do setor e, conseqüentemente, insegurança jurídica para as partes contratantes.

Outro ponto que merece destaque é que as propostas aumentam a fragmentação do cuidado e a falta de gestão da assistência prestada. Além disso, essas propostas vão gerar um aumento de atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde, que sofre congelamento de gastos.

Ou seja, direcionar a média e a alta complexidade para um sistema que tem gastos congelados por duas décadas significa dizer que a medida acarretará desassistência.

A visão de saúde de forma sistêmica também fica totalmente comprometida com a aprovação das propostas de planos acessíveis. Ademais, o direcionamento da média e da alta complexidade para o SUS, além de afetarem o sistema público, representa a perda de uma condição sine qua non dos contratos de planos de saúde, que é a assunção de riscos.

Ora, se as operadoras de planos privados de assistência à saúde passam a garantir a cobertura apenas da atenção primária, de baixa complexidade, não garantem os riscos da assistência à saúde, que se concentram na média e alta complexidades (que são os atendimentos mais caros).

===/ Item 1 /===

Seção: PLANO SIMPLIFICADO

Tipo de Contribuição: Exclusão

Texto Proposto:

Justificativa:

Conforme criticado pelo SENACON em manifestação de 18.11.2016, as premissas não estão de acordo com as propostas. Fala-se em incapacidade de o SUS atender satisfatoriamente a população, agravado com a crise econômica, já que o desemprego pode ocasionar perda do plano de saúde da empresa. A solução proposta afirma que a retirada de pressão do SUS se dê por ampliação do setor de saúde suplementar privada. Porém, para atingir esse objetivo as regras atuais teriam que ser flexibilizadas para uma modalidade de planos "acessíveis".

**Eduardo Calasans
Rodrigues**

A incapacidade do SUS de atender a população carece de estudos mais aprofundados, para saber exatamente onde ocorre esse déficit e suas causas. Estudos apontam a não realização do orçamento previsto e a má gestão como principais causas para as falhas do sistema. Apesar das críticas, o sistema funciona a contento em vários lugares, até mesmo diante de sua enorme amplitude.

Falta prova de que o SUS não tem capacidade de absorver perda de clientes das operadoras, até porque milhares de atendimentos já são feitos pelo SUS, como se percebe pelos montantes devidos ao Ressarcimento ao SUS.

Crises econômicas podem acontecer de tempos em tempos e nem por isso se cogita de desregular mercados como solução simplista. Note-se que em alguns meses deste ano a economia deu sinais de recuperação, mas não se cogitou de abandonar o projeto ora proposto. Ressalte-se que em momentos de crise as regras regulatórias são importantes para proteger a sociedade de abusos e perda de direitos.

Após anos de crescimento, normal seria que num momento de crise e desemprego, houvesse redução no setor, que nem foi tão grande quanto alardeado pelas empresas e ocorreu em todos os ramos da economia.

Num contexto de desemprego, o mercado dominado por planos coletivos fica mais sujeito a esse tipo de variação. Mas não se vê investimento na tentativa de comercialização do plano individual por conta da fuga à regulação sobre o reajuste e a possibilidade de rescisão unilateral após o primeiro ano de contrato.

A existência de intermediário na contratação de plano torna o custo maior. A ANS poderia revogar imediatamente o artigo 14 da RN 195 de forma a estimular a redução de preço pela não obrigatoriedade da participação das administradoras de benefícios.

Não existem estudos para demonstrar se a eventual perda de receita das operadoras não é também acompanhada de redução de custos com menos atendimentos. Não se demonstrou que a perda de beneficiários gerou prejuízo financeiro.

No mercado privado segue-se a lógica empresarial capitalista, em que a concorrência e a inovação devem se dar por parte do ente privado, para sua manutenção no mercado, com mais ou menos clientes, de acordo com sua capacidade e eficiência.

Flexibilizar regras sob promessa de diminuição de preços não traz garantia de resultado, ainda mais sem estudos de impacto. Cite-se exemplo ruim das passagens aéreas, cujo preço não foi reduzido após flexibilização das regras de bagagens e a agência reguladora não tem como obrigar ao cumprimento do resultado prometido.

As propostas trazidas vão no sentido apenas de flexibilizar regulação, diminuindo alcance da cobertura, criando mecanismos que dificultam ou atrasam o acesso aos serviços por parte do beneficiário. A limitação pela infraestrutura do município pode gerar gravíssimas consequências de não atendimento por falta de rede, que hoje é alterável pela operadora.

Algumas propostas podem acabar levando ao SUS mais beneficiários, em procedimentos de alto custo, o que vai contra a premissa de aliviar o SUS, usada na proposta.

O setor possui falhas que poderiam ser objeto de mais estudos pela ANS, como a dificuldade de portabilidade, baixa concorrência, concentração em grandes grupos econômicos, redução drástica de comercialização de planos individuais, regulação complexa, distanciamento da relação beneficiário-operadora nos planos coletivos.

O detalhamento completo com as contribuições encontra-se no **Anexo C**.

IV. CONTRIBUIÇÕES DO DEBATE PÚBLICO

Com o objetivo de debater com todos os interessados a proposta de criação de Plano de Saúde Acessível encaminhada à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo Ministério da Saúde, a reguladora realizou de 28/06 a 30/06 uma série de encontros no Rio de Janeiro com órgãos de defesa do consumidor, especialistas do setor e representantes de prestadores de serviços de saúde e de operadoras. O debate foi transmitido integralmente pelo canal da ANS no YouTube (<https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial>) e está disponível na lista de vídeos.

Foi aberta a possibilidade de as instituições apresentarem suas considerações sobre a proposta e alguns pontos abordados em suas respectivas apresentações, pela ordem de exposição foram:

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS

Representante: **José Luiz Toro**

- Maior flexibilização da regulação;
- Ampliação do conceito de autogestão;
- Tratamento diferenciado;
- Deve a regulação incentivar que os trabalhadores e servidores se organizem em autogestão;
- Princípio da livre associação;
- Especificidades da autogestão:
 - Sem finalidade lucrativa;
 - Maior número de idosos;
 - Contratos coletivos empresariais – maioria;

- Impacto de dissídios e acordos coletivos;
- Cobertura maior;
- Abrangência nacional;
- Não pode escolher onde atuar;
- Não podem estabelecer padrões muito diferenciados - isonomia nas relações empregatícias;
- Atenção ao trabalhador e servidor.
- Pontos em comum:
 - Preocupação com a sustentabilidade;
 - Revisão dos prazos de atendimento – especificidades de quem tem cobertura nacional.
- Riscos existentes:
 - Judicialização da Saúde;
 - Necessidade de alteração legislativa;
 - Insegurança jurídica.
- Primeiro olhar:
 - Os planos acessíveis não são de interesse das autogestões, da forma proposta;
 - Entendemos que podem ser implantadas mudanças no atual modelo com a finalidade de aumentar a acessibilidade e a sustentabilidade dos planos.

Ordem dos Advogados do Brasil - OAB

Representante: **Sandra Krieger Gonçalves**

- A OAB ainda não tem uma proposta fechada, mas está aberta à discussão;

- O debate ainda é muito novo e deverá ser evoluído;
- Deve-se ter em mente que o contexto é muito maior do que apenas a recuperação econômica das operadoras;
- A judicialização na saúde é a ponta, o início é a discussão entre operadoras, prestadores e consumidores que é mais complexa;
- Há um problema no SUS e há uma complementariedade pelo sistema privado e sem o sistema privado haveria um verdadeiro caos.

Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde

Representante: **Sandro Leal Gonçalves**

- Propostas:
 - Rede hierarquizada;
 - Fatores moderadores;
 - Protocolos clínicos bem definidos;
 - Plano regionalizado;
 - Recomposição por planilhas de custos;
 - Obrigatoriedade de segunda opinião médica em casos de maior complexidade;
 - Regulamentação própria;
 - Respeito aos contratos.

Associação Nacional das Administradoras de Benefícios - ANAB

Representante: **Alessandro Acayaba de Toledo**

- Primeiramente a discussão é mais conceitual. Por que Plano Acessível?;

- Se estivermos discutindo acesso, dá a entender que é acesso à saúde;
- Conforme já colocado pela FenaSaúde, não estamos falando de planos mais baratos. Então, estamos falando de acesso ou atendimento aos consumidores;
- Se estivermos discutindo planos acessíveis, fica a idéia de que todos os planos são inacessíveis;
- Por que não se discute para os planos vigentes novas modalidades que os tornem de melhor acesso a toda a população?;
- Plano acessível para a ANAB é aquele que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas;
- Estamos discutindo rapidamente as propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde. Discutindo apenas essas propostas. Se essas forem as únicas propostas, então são planos com menos acesso à saúde;
- Deve-se definir o que é plano acessível;
- A definição de plano acessível está restrita a questões de baixos custos e financeiras;
- Se o acesso for acesso à saúde é um momento para se rever o modelo que está sendo praticado;
- Da forma como estão sendo apresentadas as propostas pelo Ministério da Saúde, a ANAB é contra, mas é favorável à discussão de novos modelos.

Instituto de Defesa do Consumidor - Idec

Representante: **Ana Carolina Navarrete**

- Conclusões:
 - Há hoje um movimento de combinação de fatores de restrição de custos para as operadoras: planos coletivos (com reajustes mais flexíveis e possibilidade de rescisão unilateral), abrangência geográfica restrita, redes fracionadas, no caso das operadoras de grande porte, ou de menor tamanho no caso de operadoras de

menor porte, e mecanismos de regulação do uso do plano para planos mais caros, segmentação ambulatorial.

- Todos os planos pesquisados apresentaram ao menos um desses fatores, e mais de um deles cumulados (em especial entre os 20 planos mais baratos). Múltiplos fatores de barateamento levam à ideia de subcobertura.
- Plano coletivo, cujo reajuste costuma ser bastante elevado pois não respeita o teto definido pela ANS e pode ser rescindido unilateralmente pela operadora; a rede credenciada é muito enxuta, levando a prazos de atendimento mais extensos; a abrangência local, que pode ser um problema caso a proposta seja aprovada quando os consumidores estiverem em localidades de menos recursos; obrigação de copagamentos que retiram a previsibilidade do gasto com saúde.
- Que tipo de “acesso” verificamos?
 - Acesso apenas à contratação, e não aos serviços.
- Em comparação com os resultados dessa pesquisa, verifica-se que planos de saúde nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde podem intensificar um processo que já está sendo delineado, de oferecer planos de cobertura insuficiente.

Características de planos de saúde com preço abaixo da média de mercado	Planos de saúde populares, segundo propostas do Ministério da Saúde
Rede assistencial reduzida: 64% menor, em média. Risco de insuficiência assistencial e descumprimento de prazos de atendimento	Demora regulamentada: prazos de atendimento seriam ampliados
Abrangência restrita: 92,4% só atendem no município ou grupo de municípios próximos	Cobertura restrita: o plano só precisaria cobrir procedimentos disponíveis na área de abrangência
Controle de uso: só 22,1% adotam instrumentos de franquia ou coparticipação	Gastos divididos: coparticipação seria obrigatória, fixada em 50%, no mínimo

Confederação das Santas Casas de Misericórdia – CMB e Associação Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE

Representante: ***Paulo Santini Gabriel***

- Avaliação dos modelos propostos:

A. Plano de Saúde em regime misto de pagamento:

- Combina modelos de pré e pós-pagamento, dando cobertura integral aos eventos de custo mais elevado;
- Não altera o rol de procedimentos atual;
- Os modelos de pré e pós-pagamento estão previsto na Lei nº 9.656/98, mas a ANS somente permite a comercialização de planos odontológicos “mistos”;
- Para a contratação individual, existe o risco de inadimplência.
- Possíveis avanços:
 - Amplia a oferta de produtos, sem reduzir cobertura;
 - Oferece acesso à rede de prestadores para procedimentos ambulatoriais.

B. Plano Simplificado – Ambulatorial:

- Cobertura para serviços de atenção primária à saúde, incluindo:
 - Consultas nas especialidades médicas reconhecidas pelo CFM;
 - Serviços auxiliares de diagnóstico de baixa e média complexidade; exames laboratoriais e de imagem (raios X, ecografia, eletrocardiografia e mamografia);

- Terapias físicas, fonoaudióloga, respiratória e ocupacional.
- O conceito deve ser baseado no fácil acesso e baixo custo ao primeiro nível de atendimento, resolvendo mais de 85% das necessidades de atenção à saúde.
- Cria-se uma nova segmentação no Rol de procedimentos.

C. Plano Regional (Ambulatorial + hospitalar +obstetrícia)

- Cobertura adaptada à disponibilidade de rede no município, baseada no credenciamento dos serviços existentes na região sendo disponibilizados de acordo com a capacidade operacional;
 - Cria-se uma nova segmentação no Rol de procedimentos.
- Possíveis avanços:
 - Viabiliza a oferta de planos para população que vive em regiões do interior do país;
 - Dinamiza o setor de saúde em localidades onde a infraestrutura ainda é incipiente, criando um círculo virtuoso de novos investimentos em saúde e aumento do emprego e renda nessas regiões.

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Representante: **Lígia Bahia**

- O que significa acessível?
- Um contexto de muita pressão para redução de cobertura;
- O marco de origem das propostas é a reunião da Presidente Dilma, logo após a reeleição, com os empresários do setor;

- Nessa reunião é apresentada a proposta de planos populares subsidiados com recursos públicos;
- Planos acessíveis com mediação de recursos públicos;
- Críticas às propostas por entidades e associações;
- Os planos no Brasil já são baratos;
- Pesquisa mostra que os preços dos planos são baixos;
- Os planos ambulatoriais já existem, mas ninguém quer;
- Os planos através dos “pejotinhas” ajudam a reduzir os preços;
- Já há estratégias de comercialização que tornam os preços baixos;
- Diferença entre as clínicas populares e os planos de saúde;
- Aumento de ações contra os planos;
- Necessidade de se analisar o material disponível;
- Analisar os projetos de leis que estão no Congresso;
- Qualquer pessoa que se diga comprometida com a saúde é pela padronização, não é pela segmentação.

Confederação das Santas Casas de Misericórdia – CMB

Representante: **José Luiz Spigolon**

- No quadro social da ABRAMGE há um número grande de Santas Casas;
- O Ministério da Saúde convidou as Santas Casas para participar do debate em razão da capilaridade que têm no país. Em razão disso, poderiam contribuir para o debate das propostas;
- No Rio Grande do Sul, as Santas Casas respondem por 73% dos atendimentos do SUS;

- Em 927 municípios brasileiros com até trinta mil habitantes, o único serviço à disposição da população é uma Santa Casa ou hospital de caridade;
- Das 2100 Santas Casas, 1200 têm o benefício da desoneração da folha de salário, mas há uma ameaça de mais ou menos 600 perderam o benefício por não conseguirem atender o mínimo de 60 % pelo SUS, que é obrigatório, mas o gestor (secretário de saúde) não está comprando os serviços;
- Por causa disso, as Santas Casas estão sendo procuradas pelas clínicas populares, em razão de já terem um corpo clínico;
- As Santas Casas não querem entrar em aventuras que não estejam reguladas;
- As Santas Casas são os maiores prestadores do SUS atualmente, mas acumulam uma dívida bilionária em razão da baixa remuneração paga pelo Sistema Único;
- De cada R\$ 100,00 que é o custo da operação da atividade das Santas Casas, o SUS paga apenas R\$ 60,00;
- A CMB entende a necessidade de regulação para o setor;
- Entende que a ANS teve um período de contribuição para o país e para a nação, mas precisa ter um olhar diferente neste momento.

Faculdade de Medicina de Presidente Prudente/SP

Representante: ***Fernando Pimentel***

- Existe plano ambulatorial, mas não se consegue colocar em prática em decorrência dos atendimentos de urgência e emergência;
- O plano ambulatorial corresponde a 4% do total;
- Plano de saúde ambulatorial regulamentado pela ANS:
 - As empresas não contratam:

- Não são obrigadas;
 - Ainda são caros (mesmo os ambulatoriais);
 - Não recebem estímulos (deduções de impostos);
 - A rede credenciada não alcança pequenas cidades.
- 43 milhões de trabalhadores brasileiros ganham menos que 1.800,00;
 - Aproximadamente 30 milhões de trabalhadores dependem exclusivamente do SUS por não terem plano de saúde. Incluindo os dependentes, são aproximadamente 100 milhões;
 - 84% dependem do SUS. 16 % de convênios/particulares;
 - As empresas brasileiras não conseguem pagar um plano de saúde para os funcionários;
 - Plano Acessível “Simplificado”:
 - Plano atualmente comercializado com cobertura, menos: internações, terapias, urgências e emergências e outras despesas médico-hospitalares;
 - Plano Acessível “Simplificado”:
 - Plano atualmente comercializado com cobertura total, com apenas a parte ambulatorial: consultas, todos os exames (+ alta complexidade), outros atendimentos ambulatoriais;
 - Por que não pensar no “vale saúde”?;
 - Outros Ministérios já fazem: “vale cultura”, por exemplo;
 - O plano acessível ou vale saúde deve ser para a família;
 - O vale saúde deve ter valor único, pois evita discriminação por idade.

Secretaria Nacional do Consumidor - SENACON

Representante: **Arthur Rollo**

- A SENACON vê com preocupação a proposta de planos acessíveis;
- Baratear o preço do plano haverá um impacto para o consumidor e para as empresas, mas tem que haver uma forma de conciliar a proteção do consumidor com o equilíbrio econômico-financeiro e lucratividade das empresas;
- A SENACON não viu nos debates uma discussão sobre as Administradoras de Benefícios;
- Será que a Administradora de Benefício protege o consumidor?;
- Dizem que o setor de saúde suplementar não é conflituoso, mas o Tribunal de Justiça de São Paulo criou uma câmara temática para discutir os planos de saúde;
- Curiosamente, muitas Administradoras de Benefícios figuram nos processos como réis;
- Se as Administradoras de Benefícios protegessem tanto os consumidores, elas não iriam figurar tanto como réis como vem acontecendo;
- O fenômeno da coletivização dos planos de saúde tem causado rescisão unilateral;
- Se você coloca um intermediário na relação de consumo, é óbvio que essa relação ficará mais cara;
- Na proposta do Ministério da Saúde fala-se em canal digital de comunicação, mas este canal já não é papel das Administradoras de Benefícios?;
- Já há discussão na Câmara dos Deputados para acabar com as Administradoras de Benefícios;
- Apenas a título de exemplo, em certo caso, o beneficiário teve um reajuste de 65% no plano coletivo;
- Em cinco anos, os planos coletivos podem chegar a ter, na média, 150% de reajuste, o que torna qualquer plano impagável;

- A posição da SENACON é contra os planos acessíveis;
- Mas entende que se deve caminhar para uma coparticipação, talvez de 20 a 30%, até para se desestimular a utilização desenfreada do plano por alguns consumidores;
- Se o consumidor tiver que pagar 20 a 30%, já pensará duas vezes antes de fazer um exame desnecessário;
- O Brasil tem dimensões continentais, não dá para achar que tudo é Rio de Janeiro, São Paulo ou Brasília. Tem realidades diferentes. Assim, poder-se-ia mitigar essa força de cobertura em todas as cidades, em todas as regiões;
- Exigir coberturas mais por macrorregiões, ou alguma coisa do gênero por se saber que isso impacta a atividade dos planos de saúde;
- Precisa-se voltar a ter a comercialização de planos individuais;
- As operadoras não querem comercializar os planos individuais porque não têm o reajuste de sinistralidade e, nos coletivos, não ficam sujeitas ao controle da ANS;
- Tem que se pensar a questão da substituição da rede, pois se substituem um hospital “A” por um hospital “C”.

Núcleo de Defesa do Consumidor - NUDECON

Representante: ***Patrícia Maciel***

- A ANS já está discutindo internamente vários pontos que foram abordados nas propostas do Ministério da Saúde;
- A ANS vem tratando as questões com muita responsabilidade, espírito democrático e de forma admirável;
- A posição de Defensoria Pública não é uma posição acadêmica, fruto de estudos de impacto;

- A posição é a partir dos atendimentos de pessoas que buscam ajuda na Defensoria Pública;
- Só que os problemas acontecem, pois as pessoas procuram a Defensoria Pública porque estão com um problema com a saúde suplementar;
- Então existem problemas enfrentados pelos consumidores também, não apenas problemas enfrentados pelo mercado;
- Os números apresentados de reclamações contra as operadoras nos PROCON's não correspondem com a realidade e a magnitude dos problemas que se tem hoje;
- Muitos beneficiários buscam a Justiça para reclamar;
- A regra para se medir os problemas deve ser a regra da Justiça ou do Projeto que há na Defensoria;
- As pessoas que têm problema têm nome e sobrenome e estão todos os dias batendo à porta da Defensoria e do Judiciário;
- O Ministério Público não atende individualmente, mas tem o monitoramento das ações coletivas junto com a Defensoria;
- Pontos que a ANS já vem trabalhando:
 - RN 395 (canal direto do consumidor);
 - Venda online: RN nova publicada;
 - Coparticipação: RN sendo gerada com a participação dos órgãos de defesa do consumidor;
 - Segunda opinião médica: RN recentemente lançada;
 - A ANS já está trabalhando para modificar essa relação empresa – cliente – ente regulador, trabalhando com afinco e responsabilidade.
- A posição da Defensoria é que não há legitimidade nessa proposta porque foi gestada somente pelo mercado e que não há necessidade dessa proposta nos moldes em que está sendo apresentada.

Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – MPE/RJ

Representante: ***Cristiane Cavassa Freire e Sidney Rosa Silva Jr.***

- Debate representativo?
 - A construção da proposta não contemplou a necessidade de representatividade adequada dos órgãos de defesa do consumidor;
 - Apesar da existência de um GT no MS, a proposta final encampa quase que por cópia a proposta das operadoras;
 - Celeridade incompatível com a análise aprofundada exigida;
 - Entidades médicas e de defesa do consumidor se manifestaram publicamente e de forma contundente contra a proposta, dentre elas o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Nacional de Saúde;
 - Inexistência de estudo de impacto financeiro, previsto na Portaria 1.482/2016 do MS;
 - Como o consumidor será beneficiado? 74% desejam planos de saúde.
- A proposta de planos de saúde “acessíveis”:
 - Limitação do acesso a médicos especialistas;
 - Estimulo à coparticipação e à ampliação do seu limite para o patamar de 50%;
 - Reajustes liberados para a recomposição dos custos da operadora;
 - Alongamento dos prazos para atendimento aos consumidores;
 - Flexibilização do rol de procedimentos obrigatórios mínimos.

- Coparticipação maior como Fator moderador:
 - Diretoria de fiscalização entende abusiva a coparticipação que excede 30% do valor do procedimento;
 - Proposta de nova resolução sobre coparticipação preconizava 40% e muitos órgãos apontaram a abusividade;
 - Como ampliar para 50% sem qualquer justificativa ou estudo?
 - Fator moderador ou impeditivo do acesso aos serviços contratados?
 - Limitar ou estimular a não realização de exames e atendimentos simples contraria a lógica da prevenção e do diagnóstico precoce;
 - Prejuízo grave a idosos e doentes crônicos.
- Reajustes ilimitados:
 - 2ª maior causa de atuação do MP Brasileiro = reajustes abusivos;
 - Planos coletivos pressupõem poder de barganha das partes para liberação parcial dos reajustes – Planos onde não existe poder de barganha (“acessíveis”) permitiram uma liberação total;
 - Reajuste com base em planilhas de custo apresentadas unilateralmente? Abusividade? Convite à Judicialização?
 - Transferência de todo o risco ao consumidor retiram qualquer estímulo à eficiência da atividade empresarial e da prestação do serviço.
- Reajustes ilimitados:
 - Prática abusiva – demasiada redução do risco do contrato, contrariando a natureza aleatória do mesmo e impondo desvantagem excessiva para o consumidor = Art. 51, inciso IV e parágrafo único do Código de Defesa do Consumidor;

- Será estímulo a uma restrição ainda maior da comercialização de outros planos, como ocorreu com o plano individual? 80% já são coletivos. Onde está a análise de impacto?
- Contrassenso:
 - Planos individuais – cobertura completa – reajustes limitados;
 - Planos acessíveis – cobertura limitada – reajustes ilimitados.
- Rede Hierarquizada e direcionamento:
 - Aplicabilidade ao setor público, pois pressupõe uma relação custo-benefício para gestão do território e busca da universalidade;
 - Implica ampliação do tempo para atendimento e prejuízo aos consumidores que necessitem imediato contato com especialista;
 - Falta de médicos com capacitação para atuar na atenção primária;
 - Atenção primária não é mera triagem e encaminhamento, mas também a resolução de casos que demandariam um especialista (portanto não necessariamente diminuem custos).
- Utilização de protocolos clínicos idênticos ao SUS:
 - Tais protocolos são construídos a partir de uma análise de custo-benefício que considera a necessidade de universalização do sistema e o custo do procedimento para o erário;
 - A utilização de protocolos idênticos aos da saúde pública excluiriam da cobertura diversos procedimentos adequados ao paciente, mas que em larga escala não poderiam integrar um protocolo que visa à generalização de um padrão de atendimento.
- Obrigatoriedade de segunda opinião:
 - Atraso no procedimento – danos à saúde do consumidor (potencializados pelo alargamento dos prazos de atendimento);

- Aplicável a hipóteses onde não estão presentes indícios de divergência técnico assistencial justificada e demais requisitos para a formação de junta médica (RN 424/2017);
- Prática abusiva – desvantagem excessiva para o consumidor Art. 51, inciso IV e parágrafo único do Código de Defesa do Consumidor;
- Desvalorização do profissional médico.
- Canais digitais de comunicação:
 - São bem vindos desde que não excluam a possibilidade de o consumidor utilizar outros canais de comunicação;
 - Possibilidade de dano a consumidores sem acesso à internet, idosos e pessoas aversas a novas tecnologias de comunicação.
- Dilação dos prazos de atendimento:
 - Demora e negativa de cobertura são as principais reclamações de consumidores perante os órgãos de defesa do consumidor. Ao invés de se cobrar melhorias, dilata-se o prazo para atendimento (prejuízo grave ao consumidor);
 - Dano potencializado pela exclusão de cobertura de urgência e emergência em determinadas modalidades “acessíveis”.
- Limitação de coberturas (urgência, emergência e rol):
 - A limitação de coberturas contraria à jurisprudência pacífica do STJ que vem ampliando cada vez mais as hipóteses de coberturas quando estas inviabilizam o tratamento de saúde.
 - Determinadas limitações podem descaracterizar o contrato de seguro de saúde, mais aproximando-o a de um cartão de descontos, como pode ocorrer na proposta de regime misto de pagamento;

- Exemplos (STJ): abusividade de cláusulas que excluem tratamento de AIDS, que excluem próteses necessárias ao restabelecimento de cirurgia, que limitem internação etc.
- Regionalização:
 - Limites de cobertura acentuados;
 - Possibilidade de vedação à cobertura em município vizinho;
 - Assimetria de informações e ofertas não claras que geram a judicialização.
- CAO Consumidor MPRJ se posiciona contrariamente à integralidade da proposta, nos termos em que foi apresentada.

PROTESTE

Representante: ***Maria Inês Dolci***

- Preocupação com a redução do Rol de Procedimentos com os planos acessíveis;
- Excluir os procedimentos de maior complexidade e que são os que a população precisa;
- Deve-se buscar uma solução para a atual crise, porém é preciso cautela para que não aconteçam retrocessos nos direitos e avanços já garantidos;
- Um plano de atenção primária engana o consumidor porque ele pagará anos por procedimentos apenas de baixa e médica complexidade;
- Qualquer plano com cobertura inferior ao Rol de Procedimentos da ANS não vai solucionar as necessidades do consumidor porque vai criar os chamados “*planos fakes*” que fingem que atendem, mas não vão atender.

Federação Brasileira de Hospitais - FBH

Representante: ***Eduardo e Oliveira***

- OBJETIVO
 - Aumentar população sistema suplementar;
 - Premissa: não piorar valores dos prestadores;
 - As medidas administrativas das propostas analisadas devem ser aproveitadas;
 - Coparticipação, protocolos modernos;
 - Analisar nos contratos antigos o que poderia ser segmentado: Hemodiálise? Cirurgia bariátrica, etc;
 - Esta análise deveria ser completada por características regionais.

Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP

Representante: **Flávia Lopes**

- Centralidade no cidadão e no caráter suplementar da saúde privada;
- Qualidade assistencial;
- Equilíbrio e sustentabilidade do setor;
- Missão associativa de promover a qualidade da assistência médico-hospitalar no Brasil;
- Limitadas aos temas nos quais os hospitais privados podem fazer uma contribuição positiva para o país.

Unimed do Brasil

Representante: **Daniel Carvalho**

- O cenário de crise e desemprego está impactando a atividade das operadoras de planos de saúde;
- Na saúde suplementar há mutualismo e quando o número de beneficiários diminui não há uma orientação per capita das despesas assistenciais;

- Os custos assistenciais têm aumentado bastante e preocupam;
- Propõe-se que se faça uma consulta à população brasileira para saber se são ou não a favor dos planos acessíveis;
- A proposta deve privilegiar a atenção primária à saúde;
- Os planos de atenção primária reduzem os custos assistenciais e permitem preços mais acessíveis;
- 70 a 80% das pessoas possuem doenças simples que o atual modelo de atenção à saúde não vê e não cuida;
- A proposta não é trazer o modelo de atenção primária do SUS para a saúde suplementar, mas sim, criar um modelo para a saúde suplementar;
- A atenção básica possibilita resolver grande parte dos problemas de saúde, evitando a busca pelo atendimento nas emergências dos hospitais;
- Ganhos do novo modelo:
 - Continuidade e personalização dos cuidados;
 - Racionalização dos recursos;
 - Mais tempo e disponibilidade para acompanhar os beneficiários de forma efetiva;
 - Redução de procedimentos desnecessários;
 - Eficácia na prestação dos serviços.
- No Sistema Unimed já existem 46 projetos de atenção primária;
- O plano acessível tem que ter caráter opcional. A operadora poderá ou não comercializar;
- Não há como pensar em plano acessível sem pensar na segurança jurídica;
- Com segurança jurídica, respeito aos contratos, foco na atenção primária e o caráter opcional de oferecimento, o Sistema Unimed acredita que a discussão de planos acessíveis poderá prosperar.

Associação Médica Brasileira - AMB

Representante: **Emílio César Zilli**

- **A AMB propõe:**
 - Revisão do modelo assistencial (preço x qualidade);
 - Implementação de boas práticas clínicas baseadas em evidências (acesso, protocolos, desfechos);
 - Ampla discussão sobre os modelos de remuneração ;
 - Valorização dos profissionais de saúde;
 - Reflexão sobre a lógica do “lucro” no setor saúde envolvendo todos participantes.
- **Proposição alternativa:**
 - Um novo pacto de contratualização do Sistema de Saúde Suplementar;
 - Um pacto de confiança.
- **Valorização do ato médico:**
 - EFICÁCIA (EFICAZ) é atingir o objetivo proposto, cumprir, executar, operar, tomar atitude; é o poder de causar determinado efeito;
 - EFICIÊNCIA (EFICIENTE) é a qualidade de fazer sem perdas ou desperdícios (de tempo, dinheiro ou energia), com excelência. É o que chega ao resultado, que produz o seu efeito específico, mas com qualidade, com competência, com nenhum ou com o mínimo de erros;
 - EFETIVIDADE (EFETIVO) é a capacidade de funcionar normalmente, satisfatoriamente, dentro de sua realidade buscando a qualidade no seu objetivo.

Ministério Público Federal – MPF

Representante: ***Fabiano de Moraes***

- Nas propostas não há nada de novo. São planos que já existem e que se tiraram pedaços deles;
- A existência de planos de saúde acessíveis pode levar uma alteração constitucional para atendimento ao SUS apenas de pessoas de baixa renda;
- O esforço da ANS em manter o Rol de Procedimentos protege o consumidor das condições desfavoráveis caracterizada pela assimetria de informação;
- A coparticipação já vem sendo discutida pela ANS;
- Utilizar planilha de custos sem saber quem irá auditar essas planilhas é um pouco complexo;
- A obrigatoriedade de segunda opinião médica desvaloriza o trabalho do médico e cria mais burocracia;
- Planos regionalizados tem como função flexibilizar o Rol de Procedimentos;
- A proposta apresentada pelo Ministério da Saúde não melhora o SUS, fragiliza a regulação que a ANS vem fazendo e não traz nenhum benefício maior ao consumidor;
- A grande questão da judicialização é a falta de informação.

Esses foram alguns pontos abordados pelos palestrantes.

As transcrições completadas dos áudios de todos os participantes, assim como, todas as apresentações do Debate Público encontram-se integralmente disponibilizadas no **Anexo D** deste Relatório.

V. CONTRIBUIÇÕES DA CONSULTA PÚBLICA

Finalizado o debate público presencial, a ANS estendeu o prazo de até 28 de julho de 2017, num total de 30 dias para que todos os interessados em participar das discussões sobre as propostas de Plano de Saúde Acessível pudessem enviar contribuições através do canal: consulta.acessiveis@ans.gov.br.

Ao todo, a Agência recebeu nove contribuições, conforme detalhamento abaixo:

CONTRIBUIÇÃO	DETALHAMENTO
<p>Lauro de Aguiar, Conselho Regional de Educação Física da 2ª Região.</p>	<p>Contribuição genérica e não relacionada diretamente com o objeto da Consulta Pública.</p> <p>Trata-se de correspondência encaminhada em 03/08/2015, ao Núcleo da ANS no Rio Grande do Sul, solicitando manifestação da ANS quanto à proposta de inserção de outros profissionais na Saúde Suplementar.</p>
<p>Fernando Pimentel, Faculdade de Medicina de Presidente Prudente/SP.</p>	<p>Traz alguns dados gerais do setor de saúde suplementar e apresenta uma contra proposta de Plano Acessível “Simplificado” Empresarial, que significa a implantação nas empresas privadas brasileiras de um Plano de Saúde Simplificado, conforme proposta sugerida pelo Ministério da Saúde, porém com possíveis adequações.</p>
<p>Eduardo Inocêncio, APAS - Associação Policial de Assistência Social.</p>	<p>Proposta:</p> <p><i>“Sugerimos que nos PLANOS ASSECIVEIS seja corrigido um descuido dos elaboradores das normas, especificamente (RN 195 Art. 9º parágrafo 2º) a qual constitucionalmente vem em prejuízo às pessoas elencadas nos planos coletivos por adesão com a perda de dependência na sua elegibilidade.</i></p> <p><i>Pois bem, essa assertiva, coloca os dependentes em condições constrangedoras, visto que se houver óbito do titular, obriga-se a norma desta Agencia Reguladora, em eliminar todos os dependentes da cobertura assistencial de saúde, em uma clara AFRONTA ao direito dos indivíduos, os colocando numa Sub Classe de cidadãos, que mesmo pagando serão excluídos daqueles planos.”</i></p>
<p>Paula Gabriela Santos Freitas.</p>	<p><i>“As propostas de planos acessíveis não apresentam inovações que possam melhorar ou democratizar a oferta de planos de saúde que efetivamente garantam a saúde. Todos os mecanismos de regulação apresentados na proposta, como coparticipação e segmentação do plano já estão previstos na regulamentação atual e não requerem revisão na legislação. A única proposta real que está sendo realizada na verdade é a diminuição dos direitos dos beneficiários dos planos de saúde e redução da obrigação das operadoras em ofertar o Rol de procedimentos e os prazos de atendimento justos, além de eliminar o ressarcimento ao SUS, que na verdade é um termômetro para avaliar se a operadora oferta o que vende. Trata-se</i></p>

de permitir planos que não entregam serviços de custos altos. Ou seja, nem o consumidor será atendido, nem o SUS efetivamente desonerado. Apenas as operadoras saem ganhando.

A proposta de planos acessíveis é portanto, pretexto para interferir na regulação dos planos de saúde e nas garantias dos beneficiários com consequências graves na garantia à saúde e desequilíbrio do setor de saúde suplementar em favor das operadoras de planos de saúde.”

Maria Feitosa Lacerda,
PROCON/SP.

Apresenta análise para cada uma das propostas do Ministério da Saúde, bem como, das premissas norteadoras e concluem a análise nos seguintes termos:

“Nos debates promovidos pela ANS, ficou claro que a intenção do Ministério da Saúde é desafogar o SUS, mas a proposta na forma como foi apresentada não alcançará esse objetivo, pois em algum momento esses consumidores retornarão ao SUS, seja porque não conseguirão arcar com os custos de uma coparticipação de 50%, seja porque não terão a cobertura dos procedimentos necessários ou a disponibilização desses em suas regiões, obrigando os consumidores a se deslocarem para outras regiões em busca dessa assistência no Sistema Único de Saúde, ou mesmo a busca dos atendimentos e urgência e emergência que são prestados pelos hospitais públicos.

Nesse contexto, os principais beneficiários da proposta serão as operadoras de planos de saúde, que utilizarão a proposta para aumentar seus lucros às custas desses consumidores, pois só arcarão com os procedimentos de baixa e média complexidade, sem necessidade de cumprimento do Rol, sem obrigação de fomentar investimento nas regiões mais distantes e pobres, compartilhando os custos dos demais procedimentos de alta complexidade com os consumidores com coparticipação de 50%.

Desta forma, a proposta não demonstra nenhuma proteção ao consumidor, pelo contrário, desrespeita as normas atualmente vigentes, trazendo um cenário de total desrespeito ao consumidor o que certamente resultará em mais ações judiciais e um aumento na demanda pelo Sistema único de Saúde, o que parece estar na contramão do almejado por todos os envolvidos.

Por todo o exposto, nos posicionamos contrários à aprovação da proposta dos Planos Acessíveis na forma apresentada pelo Ministério da Saúde, por entendermos que tal medida representa um retrocesso no qual direitos e garantias conquistados ao longo dos anos serão desprezados e ignorados, resultando em prejuízos à saúde dos consumidores, com risco de empobrecimento e endividamentos dessa população.”

Eliane do Rocio,

Acreditam que um modelo de Plano Acessível viável para as necessidades atuais do mercado, deve contemplar a cobertura de (i) consultas, (ii) exames simples e (iii) fisioterapias, pois uma grande parcela da população que hoje depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde

Nossa Saúde Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde Ltda.

– SUS encontra dificuldades nesse tipo de atendimento, que pode ser oferecido pelas Operadoras, a preços acessíveis, tendo em vista que a operação envolve baixo risco.

Segundo eles, para que o Plano Acessível possa realmente ser precificado com preços reduzidos, deve-se reduzir o risco da inadimplência, e para tanto sugerem o prazo de 10 (dez) dias de inadimplência para cancelar/suspender o contrato, considerando que os 60 (sessenta) dias previstos na legislação atual torna-se excessivamente oneroso o risco da inadimplência. Acrescente-se o fato de que os atendimentos em consultas, terapias e exames simples não traz nenhum risco assistencial que justifique um amplo prazo de inadimplência para ser cancelado.

Acrescentam que a atenção primária deve ser fortalecida no Plano Acessível, através do atendimento de um clínico geral que encaminhará o paciente para as corretas especialidades, pois tal medida contém o desperdício na saúde e confere melhor atenção ao paciente, que por sua vez deverá ter livre acesso às especialidades básicas (pediatria, clínica, ginecologia).

E por fim, entendem que o Plano Acessível deve ser disponibilizado tanto para os produtos individuais de pessoa física quanto para os coletivos empresarial e por adesão.

ASSETANS

Refutam as propostas de Plano de Saúde Acessível apresentadas pelo Ministério da Saúde e concluem a análise nos seguintes termos:

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

Neste sentido, reafirmamos a necessidade de que quaisquer medidas regulatórias, em especial a que motivou a presente consulta, utilizem as ferramentas existentes para garantir uma regulação eficiente e comprometida com a defesa dos interesses da sociedade. Por isso, no caso da medida em questão, entende-se que: É necessário que a proposta seja detalhada para sua melhor compreensão e subsidiada por argumentos técnicos que considerem os problemas do mercado de saúde suplementar e as informações já disponíveis do setor. Espera-se que a proposta seja especificada comparando seus itens aos normativos vigentes da ANS, a necessidade de sua revisão e os motivos que possibilitam essas alterações, dadas as motivações iniciais do normativo vigente. Como por exemplo, em relação à flexibilização do rol de procedimentos, qual mudança no cenário atual justifica uma nova concepção no que concerne à aplicação do Rol? E nesse sentido, quais os impactos à saúde dos beneficiários?

É essencial a elaboração de Análise de Impacto Regulatório (AIR), com “análises mais aprofundadas” e construção de cenários (conforme preconizado no Guia Técnico de Boas Práticas Regulatórias, da própria ANS),

incluindo análises de dados do setor, revisão da literatura nacional e internacional, análises econômicas que considerem os impactos sociais da regulação, incluindo os efeitos sobre o Sistema Único de Saúde.

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

Considerações:

1: Que as três modalidades de planos acessíveis, possam ter a modalidade de pagamento “por demanda” e não por mensalidade, ou por “valores fixados” para aquisição das coberturas com prazo de validade para consumi-las por período 6 meses, 1 ou 2 anos, após esse prazo, a cobertura se expira, sendo necessário adquirir nova aquisição.

Vantagem:

Não requer a necessidade de cumprimento de carências, garantindo acesso imediato,

Inibe os reajustes anuais acumulados onde o beneficiário não suporta o pagamento da sua manutenção no plano a partir do terceiro ano de permanência,

Após o prazo de validade o beneficiário poderá livremente adquirir o pacote em outra operadora sem a necessidade de carências,

Estímulo a concorrência.

2: Atualização da regulação para concessão de autorização de funcionamento de operadoras na modalidade de Startups para operarem os planos acessíveis, considerando o potencial de inovação e escala desta modalidade de negócio.

Vantagem: As startups no segmento financeiro, conhecidas como Fintechs, já operam no Brasil, conforme regulação e autorização do BACEN, as Startups prestam os mesmos serviços financeiros que os bancos tradicionais, porém, livre de cobrança de tarifas e já beneficiam mais de 15 milhões de brasileiros, além de empresas, tem como principal característica não possuírem agências, são bancos virtuais altamente eficientes e competitivos, cases de sucesso: Nubank, Banco Inter, Banco Original, Banco Neon.

A operação dos planos acessíveis pelas Startups, por meio formatos sem a cobrança de mensalidade, mas com a aquisição de coberturas a preços fixos e com prazo de validade para consumo, impulsionaram a promoção da saúde e a segurança regulatória com a incorporação de inovações na prestação da assistência.

3: Que o ressarcimento ao SUS as operadoras dos planos acessíveis possam ser compensadas com prestação de assistência aos usuários do SUS, sem a necessidade de reembolso ao FNS.

Carlos Roberto da Conceição

José Luiz de Araújo Júnior

Vantagem:

Imediata compensação das demandas, eventualmente originadas pelos usuários das operadoras ao SUS.

As operadoras poderiam também gerar créditos com a prestação de assistência voluntária para compensação em futuras ABI's.

As prestação de assistência voluntária funcionaria com base em critérios objetivos e de eficácia.

Não enviou contribuição. Apenas informou que é mestrando em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz e que tem interesse de se aproximar das discussões sobre o tema Planos de Saúde Acessíveis.

O detalhamento completo com as contribuições encontra-se no **Anexo E**.

VI. POSIÇÃO DA ANS ACERCA DAS PROPOSTAS ENCAMINHADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em relação às propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde à ANS, através do Ofício nº 60-GS/SAS, de 18/01/2017, em especial, quanto às premissas norteadoras das propostas, como apontado no item 6 do referido Ofício, este Regulador tem a seguinte posição:

MINISTÉRIO DA SAÚDE	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Rede hierarquizada (com direcionamento): incentivo ao cuidado primário, com acesso inicial obrigatório via médico da família ou atenção primária, escolhido pelo beneficiário entre os designados pela operadora. Caberá a este profissional (clínico geral, ginecologista e pediatra) fazer o acompanhamento e todos os encaminhamentos do beneficiário na rede.	<p>Sobre esse item, cabe ressaltar que já há no mercado produtos comercializados com tais características e a ANS estimula a adoção de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, inclusive dispendo de normas específicas desde 2011 (Resolução Normativa RN nº 264/2011 e demais alterações).</p> <p>Desse modo, do ponto de vista do ente regulador, tal forma de operar no mercado é desejável e estimulada e não depende da implantação de quaisquer alterações previstas na proposta de planos acessíveis para ser implantada, desde que a adesão do paciente esteja prevista e descrita em seu objeto de pactuação contratual.</p>
Fator moderador (coparticipação): aumento da coparticipação, fazendo com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua saúde. Para tanto, é preciso simplificar as regras atuais e rever normativos desta Agência Reguladora,	Sobre esse item, cabe dizer que já existem no mercado planos comercializados com a previsão de coparticipação, vedando-se a aplicação desse mecanismo em proporção que o caracterize como um fator restritivo

no intuito de que a coparticipação possa atingir ao menos 50% do valor do procedimento.

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

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

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

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

Canal digital de comunicação: implementação de canais digitais de comunicação com o intuito de reduzir desperdícios em processos administrativos e operacionais. Assim, tanto a venda, quanto o pagamento, os extratos e os orientadores de rede assistencial estariam disponíveis para todos, preferencialmente via internet.

severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.

Desse modo, não são necessárias quaisquer alterações para que esse mecanismo possa ser utilizado.

A ANS estabelece Diretriz de Utilização – DUT, um conjunto de critérios clínicos ou não, que têm por finalidade estabelecer a melhor indicação para a execução do procedimento ou evento em saúde no setor de saúde suplementar.

Importante ressaltar que a legislação não prevê a possibilidade de determinação pela ANS sobre protocolos obrigatórios dos procedimentos dos profissionais de saúde.

Não há impeditivos para que ocorram negociações entre empresas e os profissionais de saúde visando o estabelecimento e consolidação de protocolos clínicos independente da proposta de planos acessíveis.

Se a recomposição de preços se configurar um mero repasse dos custos e do risco do negócio para o consumidor, sem estimular as melhorias de processos e os ganhos de produtividade a ANS possui posicionamento contrário.

A ANS já vinha estudando a matéria há algum tempo o que culminou no normativo que dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras (Resolução Normativa nº 424, de 27/06/2017).

A agência editou a regulamentação dos prazos máximos de atendimento, vigente desde dezembro de 2011, com base nos prazos médios praticados pelas próprias operadoras de planos de saúde.

O acompanhamento da dinâmica do setor em função desses prazos constitui atividade regular de processo de trabalho do regulador e eventuais ajustes podem ser feitos ao se avaliar o impacto regulatório.

Já há regulamentações específicas da ANS sobre: a venda online por meio de sites ou aplicativos de celular (RN 413/2016); a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde aos beneficiários (RN 389/2015); e o atendimento presencial e telefônico das operadoras para

atender aos beneficiários que não dispuserem de acesso aos meios digitais (RN 395/2016).

Plano Regionalizado: 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 capacidade operacional do município. Para este produto é necessária a flexibilização do Rol de procedimentos da ANS.

Sobre esse item, a Lei 9.961/00, em seu art 4º, XIII, atribui a ANS a competência de decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos.

Desse modo, embora pudesse conferir maior segurança jurídica, a revisão das segmentações vigentes não careceria de alteração legislativa, por esse entendimento.

Cabe um destaque à existência de previsão na Lei 9.656/1998 de produtos com segmentação apenas ambulatorial, regulamentados por meio da Resolução CONSU nº 13, de 03/11/1998, que trata da cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, alterada pela CONSU nº 15, de 29/03/1999:

Art. 2º O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Uma revisão das disposições do art. 2º da Resolução CONSU nº 13/1998 é algo que pode ser planejado por este regulador, embora consideremos que eventual alteração do texto da Lei 9.656/1998 possa trazer maior segurança jurídica ao assunto.

I. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que as propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde concorrem com ações regulatórias já em andamento na ANS, algumas inclusive já recentemente editadas, como demonstrado no quadro comparativo de posição desta agência.

A despeito de alguns itens necessitarem de maior detalhamento e de estudos de mensuração de seus impactos, temas como atenção básica, coparticipação, diretrizes de utilização, canais digitais de comunicação segunda opinião médica são ações que já ocorrem no mercado, independente de quaisquer sugestões contidas nessas propostas.

Nesses termos, submetemos à deliberação do Colegiado desta Agência Nacional de Saúde Suplementar para posterior encaminhamento ao Ministério da Saúde.

Suriêtte Apolinário dos Santos

Secretário-geral da ANS

Lenise Barcellos de Mello Secchin

Chefe de Gabinete da ANS

ANEXO A – Listas de presença/atas Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde.

Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde

ANEXO B – Listas de presença/atas Grupo de Trabalho da ANS.

Grupo de Trabalho da ANS.

ANEXO C – Contribuições da Consulta Interna nº 27.

Período:

14/06/2017 a 14/07/2017

Descrição:

A Consulta Interna recebeu contribuições do corpo técnico da ANS para a análise da Agência quanto à viabilidade das propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde.

Propostas:

Plano Simplificado

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

Plano Ambulatorial + hospitalar

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

Plano em Regime Misto de Pagamento

Oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiária o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de procedimentos da ANS.

ANEXO D – Apresentações e transcrições dos áudios do Debate Público, realizado nos dias 28 a 30 de junho de 2017.

DIA	PALESTRANTE	ENTIDADE	APRESENTAÇÃO
28/06	José Luiz Toro	UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde)	SIM (com slides)
	Sandra Krieger Gonçalves	OAB (Ordem dos Advogados do Brasil)	SIM (sem slides)
	Sandro Leal Alves	FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar)	SIM (com slides)
	Alessandro Acayaba de Toledo	ANAB (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios)	SIM (com slides)
	Ana Carolina Navarrete	IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor)	SIM (com slides)
29/06	Paulo Santini Gabriel	ABRAMGE (Associação Brasileira de Planos de Saúde)	SIM (com slides)
	Ligia Bahia	UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro)	SIM (com slides)
	José Luiz Spigolon	CMB (Confederação das Santas Casas de Misericórdia)	SIM (sem slides)
	Fernando Pimentel	Faculdade de Medicina de Presidente Prudente	SIM (com slides)
	Arthur Rollo	SENACON (Secretaria Nacional do Consumidor)	SIM (sem slides)
	Patrícia Maciel	NUDECON (Núcleo de Defesa do Consumidor)	SIM (sem slides)
	Christiane Cavassa Freire e Sidney Rosa da Silva Junior	MPRJ (Ministério Público do Rio de Janeiro)	SIM (com slides)
	Maria Inês Dolci	Proteste	SIM (com slides)
	Eduardo de Oliveira	FBH (Federação Brasileira de Hospitais)	SIM (com slides)

30/06	Flávia Lopes	ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados)	SIM (com slides)
	Daniel de Carvalho	Unimed do Brasil	SIM (com slides)
	Emílio César Zilli	AMB (Associação Médica Brasileira)	SIM (com slides)
	Fabiano de Moraes	Ministério Público Federal	SIM (com slides)

ANEXO E – Contribuições recebidas na Consulta Pública.

Contribuição 01

Lauro Ubirajara Barboza de Aguiar
Conselho Regional de Educação Física
(documentação anexa: e-mail + correspondência)

Contribuição 02

Fernando Pimentel
Faculdade de Medicina UNOESTE, Presidente Prudente/SP
(documentação anexa: e-mail + correspondência)

Contribuição 03

Eduardo Inocêncio
APAS – Associação Policial de Assistência Social - SP
(documentação anexa: e-mail)

Contribuição 04

Paula Gabriela Santos Feitosa
(documentação anexa: e-mail)

Contribuição 05

Maria Feitosa Lacerda
PROCON/SP
(documentação anexa: e-mail + correspondência)

Contribuição 06

Eliane do Rocio
NOSSA SAÚDE – Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde Ltda.
(documentação anexa: e-mail + correspondência)

Contribuição 07

ASSETANS – Associação dos Servidores e demais trabalhadores da ANS
(documentação anexa: e-mail + correspondência)

Contribuição 08

Carlos Roberto da Conceição
(documentação anexa: e-mail + correspondência)

Contribuição 09

José Luiz de Araújo Júnior
(documentação anexa: e-mail)