

PROCESSO Nº: 33910.027391/2024-81

RELATÓRIO Nº: 1/2025/ASSNT-DIPRO/DIRAD-DIPRO/DIPRO

TOMADA PÚBLICA DE SUBSÍDIOS Nº 05

ASSUNTO: RELATÓRIO DA TOMADA PÚBLICA DE SUBSÍDIOS Nº 05

1. RELATÓRIO

1.1. Trata-se do Relatório da Tomada Pública de Subsídios nº 05 que teve início como desmembramento do processo para tratamento da situação atual dos temas da Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde, que compõe o tema “Avaliação econômico-financeira dos produtos”, previsto na atual Agenda Regulatória 2023-2025 como “Estudos Preliminares” (33910.025318/2024-75), em razão do Voto complementar nº 605/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30582579), proferido na 612ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 27 de setembro de 2024.

1.2. Ato contínuo foi expedida a Nota Técnica nº 5/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30603484) que delineou a Tomada Pública de Subsídios - TPS para a apresentação de propostas alternativas para a reformulação de planos exclusivamente ambulatoriais, de modo a contribuir para a ampliação da oferta de planos dentro da subsegmentação ambulatorial aos beneficiários, com vistas à melhoria da qualidade assistencial no setor.

1.3. Neste sentido, o objetivo específico desta TPS é receber propostas de forma estruturada sobre novas opções de planos exclusivamente ambulatoriais contendo: Escopo dos Planos Alternativos Exclusivamente Ambulatoriais, Coberturas Obrigatórias, Exclusões de Coberturas, Tipo de Contratação, Área de Cobertura e Outras Informações Contratuais de Relevância dos planos ou alternativas propostas.

1.4. A Nota Técnica nº 5/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30603484) previa ainda que as propostas seriam organizadas pela Diretoria de Gestão - DIGES e enviadas para a análise da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, face às suas competências regimentais, que, por sua vez, formulará o Relatório Final das Contribuições, contendo a análise técnica sobre as eventuais alternativas propostas ao tema.

1.5. Por intermédio da Nota Técnica nº 6/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30610344) foram acrescidas as contribuições enviadas pela DIPRO por meio do Despacho nº 241/2024/DIPRO (30607837).

1.6. O Aviso da Tomada Pública de Subsídios foi publicada no Diário Oficial da União de 16 de outubro de 2024 (30663518) e no sítio da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (30691587 e 30691619), com o prazo de quinze dias, no período de 17 de outubro de 2024 a 31 de outubro de 2024, para que sejam apresentadas propostas estruturadas sobre alternativas para a reformulação dos planos exclusivamente ambulatoriais, conforme as nº 5/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30603484), Nota Técnica nº 6/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30610344) e o Despacho nº 226/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30654913).

1.7. Entretanto, em razão de o sistema que tem por finalidade colher as contribuições das TPS ter apresentado instabilidade na comunicação com a plataforma, que fica em nuvem, afetando a colocação do código no ambiente produtivo, ocasionando o não salvamento das contribuições encaminhadas nos dias 30 e 31 de outubro, e prejudicando a efetiva participação social, dada a sua

instabilidade (<https://componentes-portal.ans.gov.br/link/TomadaPublica>), entendeu-se necessário que fosse revisto o prazo disponibilizado para a apresentação dessas contribuições, posto que, segundo a informação prestada pela Tecnologia da Informação - TI o problema já foi identificado e resolvido, mas, para garantir a efetiva participação, foi prorrogado o prazo final da TPS para o dia 04 de novembro de 2024 (30842477, 30854216 e 30893554).

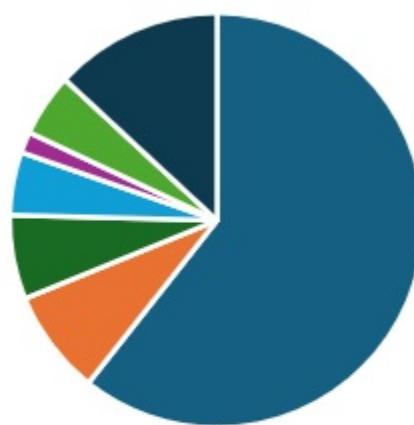
1.8. Por fim, a Nota Técnica nº 7/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30966257) e o Relatório Final Consolidado das Contribuições da TPS (30966237), foram encaminhados à DIPRO por meio do Despacho nº: 238/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES (30966545).

2. VISÃO GERAL DAS CONTRIBUIÇÕES

2.1. A TPS nº 5 recebeu contribuições dos diversos segmentos da sociedade civil e do setor regulado. A Tabela 1 abaixo apresenta o quantitativo de contribuições recebidas de acordo com o segmento da sociedade civil ou do setor regulado que as enviou.

QUANTO À NATUREZA DO DEMANDANTE	
Segmento	Total
Operadoras de Planos de Saúde	37
Entidade representativa de operadoras	5
Entidade representativa de prestadores	4
Consultoria	3
Cidadão	1
Órgão de Defesa do Consumidor ¹	3
Outros ²	8
Total	61

QUANTO À NATUREZA DO DEMANDANTE



- Operadoras de Planos de Saúde
- Entidade representativa de operadoras
- Entidade representativa de prestadores
- Consultoria
- Cidadão
- Órgão de Defesa do Consumidor
- Outros

Os normativos vigentes sobre segmentação de planos de saúde são suficientes para lidar com o tema ou existe a necessidade de reformulação?	
Sim	12

Em parte	28
Não	19
Não se pronunciou	02
Total	61

Os normativos vigentes sobre segmentação de planos de saúde são suficientes para lidar com o tema ou existe a necessidade de reformulação?



3. RESUMO DAS PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES

3.1. Como vimos no Relatório, o formulário com os quesitos foi elaborado em sua primeira parte pela DIPRO e uma segunda parte pela DIGES, analisaremos as questões na ordem em que se encontram no formulário.

3.2. É de relevo destacar que, optamos por uma visão ampliativa com a inclusão do maior número possível de manifestações vinculadas a cada tema, porém foram excluídas as repetidas aquelas que não se encontram no escopo de cada questão, ou que por alguma razão já foram transcritas em item anterior.

1. Os normativos vigentes sobre segmentação de planos de saúde são suficientes para lidar com o tema ou existe a necessidade de reformulação?

Sim

1.1. (...) Reitere-se, assim, que a decisão judicial mencionada no Voto desta il. autarquia especializada, não transitou definitivamente em julgado, pois pendente de julgamento de três recursos de Embargos de Declaração, afora a possibilidade de interposição de novos recursos pelas partes que integram o citado processo judicial em curso perante o Tribunal Superior, diante da matéria constitucional que perpassa sobre a matéria.

Forçoso reconhecer, assim, que a instauração de processo administrativo ancorada em decisão judicial precária, pois passível de recurso, é fato capaz de gerar insegurança jurídica para com os administrados, devendo ser revista a decisão de instauração Tomada de Subsídios para criação de alternativas para a subsegmentação ambulatorial. (Interessado no tema)

1.2. (...) Conforme as razões de fato e de direito a seguir, a ANEBAPS entende que os normativos atualmente vigentes sobre o plano de saúde exclusivamente ambulatorial são suficientes para tratar sobre o tema.

Em suma, entendemos que, eventual proposta, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para alteração de ato normativo, deve objetivar a efetividade da regulamentação em vigor, estimulando (ou até mesmo obrigando) as operadoras de planos de saúde a ofertarem planos de saúde de diferentes segmentações e modalidades. Também, a proposição de mudança de ato normativo pela ANS deve estar condicionada ao princípio da legalidade, isto é, deve estar de acordo com as disposições previstas nas Leis nº 9.656/1998 e 9.961/2000.

(...)

Ainda, a Lei nº 9.656/1998, estabelece as segmentações dos planos de saúde, respeitadas as respectivas amplitudes de coberturas definidas no plano-referência, incluindo a segmentação ambulatorial, que se caracteriza pela prestação continuada dos seguintes serviços de atenção à saúde: i) consultas médicas; ii) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais; e iii) tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes. A Lei nº 9.656/1998 estabelece também as segmentações internação hospitalar, atendimento obstétrico e atendimento odontológico.

Com relação à amplitude da cobertura dos planos de saúde, a Lei nº 9.656/1998, conforme alterada pela Lei nº 14.454/2022, estabelece que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos de saúde. Considerando que, em geral, os planos de saúde devem garantir, no mínimo, a cobertura de todos os procedimentos e eventos de saúde suplementar constantes do rol da ANS, as subsegmentações dos planos de saúde devem, similarmente, garantir as coberturas assistenciais, de acordo com as respectivas segmentações (e.g.: ambulatorial) e de acordo com a regulamentação aplicável.

Contudo, em que pese a Lei 9.961/2000, no seu artigo 4º, inciso XIII, atribuir à ANS competência para decidir sobre o estabelecimento de subsegmentações aos tipos de planos, estas subsegmentações devem observar as disposições legais aplicáveis, em especial, as coberturas assistenciais das segmentações definidas nos incisos I a IV do artigo 12, da Lei nº 9.656/1998, inclusive as condições gerais aplicáveis a todos os planos de saúde e que são basilares do sistema de saúde suplementar. (Entidade representativa dos prestadores)

1.3. (...) Assim sendo, entendemos que os normativos atuais são suficientes para isso. Não se pode pretender que os cartões de desconto regulem a ANS e esta agência tenha que desenhar um formato de produto que adeque o modelo ofertado pelos cartões de desconto. Não se pode pretender que a Agência Reguladora altere a cobertura assistencial do plano ambulatorial para que esta se aproxime das práticas de um cartão de desconto.

Para exercer a regulação sobre os cartões de desconto, bastaria reconhecer que qualquer pagamento de uma mensalidade/assinatura que disponibilize uma rede de atendimento acessível com pagamento direto (o que equivale à coparticipação) oferece uma falsa garantia de cobertura aos usuários pela oferta parcial de assistência à saúde. Ao reconhecer essa vulnerabilidade do usuário, a ANS, fazendo uso de sua competência regulatória, definirá que os cartões de desconto se assemelham a um plano de saúde. E dessa forma, portanto, as empresas que comercializam esse tipo de produto deverão (1) ou se adequar à Legislação em vigor e garantir a cobertura integral prevista no artigo 12, inciso I da Lei 9.656/98 e registrar-se como operadora de saúde; (2) ou interromper a comercialização desses produtos pois caso contrário seriam autuadas por atuar como operadoras de saúde sem registro.

Os atendimentos particulares prestados por clínicas populares não são regulados pela ANS e nem deveriam ser pois a Agência não regula os prestadores. E ainda que o fizesse, tal regulação não poderia recair somente nas clínicas populares, mas também acabaria sendo exercida em prestadores privados sabidamente voltados para uma clientela de maior poder aquisitivo. (Interessado no tema)

1.4. Partindo da premissa que os cartões de saúde não são um produto submetido à regulação da ANS, a Associação entende que a regra existente é suficiente para lidar com o tema.

A norma vigente para a segmentação ambulatorial é clara e objetiva, com transparência para consumidores e operadoras. Acertado dizer que existem aprimoramentos possíveis, porém nenhum deles se relaciona à alteração da subsegmentação.

Valem breves apontamentos sobre o cenário atual do mercado de saúde privado como um todo. Atualmente no mercado existem modelos de negócios que permitem o acesso a serviços de saúde, como cartões de saúde, desconto ou benefícios (entre outros). Esses serviços são amplamente aceitos pelos consumidores por seus preços acessíveis e a baixa burocracia para contratação, além de tais recursos aliviarem a alta demanda do Sistema Público de Saúde (SUS). Contudo, os referidos serviços são inteiramente distintos dos serviços estabelecidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98 (os planos privados de assistência à saúde), como a própria manifestação da ANS no Agravo Interno nos autos do Agravo em Recurso Especial nº 2.183.704 no Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Esta Associação concorda integralmente com a posição da ANS no Agravo, pois se alinha com os preceitos legais e entende a diferenciação das atividades do mercado de saúde suplementar e mercado de cartões de saúde para acesso à saúde.

Com isso, entende-se que o normativo vigente é suficiente para tratar do tema, pois ele se aplica ao mercado de saúde suplementar, não havendo que se admitir qualquer alteração de normas infralegais expedidas pela ANS para regulamentar mercados diferentes da saúde suplementar, o que representaria violação ao artigo 1º da Lei nº 9.656/98.

Ademais, a fim de que não reste dúvida, é importante mencionar claras distinções entre os cartões de saúde e os planos de saúde ofertados conforme Lei nº 9.656/98:

1. Empresas que ofertam cartão de saúde, per si, não assumem riscos financeiros decorrentes da assistência médica, o que exigido é pela regulamentação da ANS, uma vez que, o pagamento é feito diretamente pelo usuário junto ao prestador de serviços (médico).
2. os cartões de saúde apenas oferecem o acesso do seu usuário a serviços com preços reduzidos, em razão de negociação prévia. (Interessado no tema)

1.5. Os normativos vigentes trazem uma base sólida para a segmentação de planos de saúde ambulatoriais, mas existe margem para maior clareza em relação à distinção das coberturas obrigatórias exclusivamente ambulatoriais e as exclusões aplicáveis para atendimentos hospitalares. Ajustes nos normativos poderiam evitar interpretações dúbiais e reforçar a transparência para o beneficiário e o prestador. (Operadora de planos de saúde).

1.6. A regulamentação do tema deve se limitar ao que está previsto na Lei 9.656. Logo, não há que se falar em redução de cobertura dos planos ambulatoriais. Único ponto que cabe discussão é como se dá a cobertura de urgência/emergência, regulamentada pela Resolução CONSU 13/98. Quanto à decisão judicial de regulamentação dos cartões-desconto, a ANS pode limitar sua venda para empresas que vendam exclusivamente cartões-desconto. Regulamentar deixando claro que não se trata de plano de saúde. Que operadoras de planos de saúde não podem vender cartão-desconto e que os cartões-desconto só podem ser comercializados para pessoas físicas e nunca para empresas. Objetivo: dar mais transparência ao consumidor de que cartão-desconto não é plano de saúde. (Interessado no tema).

1.7. (...) No que tange à análise das implicações e precedentes históricos:, a proposta de alteração dos planos ambulatoriais, ao longo das décadas, visou atender demandas econômicas das operadoras para a criação de produtos de baixo custo e menor cobertura. Há uma trajetória de tentativas semelhantes que encontraram resistência por representar retrocessos em relação aos princípios de integralidade e equidade do sistema de saúde brasileiro. Essa resistência é fundamentada em análises acadêmicas, decisões políticas e em posições de órgãos e profissionais da área da saúde, que alertam para o risco de fragmentação do atendimento e de prejuízo à cobertura de serviços mais complexos e caros, os quais acabam sendo absorvidos pelo SUS.

Observamos riscos para a população e o sistema público de saúde, pois há consenso de que a oferta de planos de saúde com cobertura reduzida afeta negativamente o SUS. Os estudos mostram que planos privados, especialmente os de menor cobertura, não aliviam a demanda no SUS, pelo contrário, transferem para o sistema público os atendimentos mais complexos, pressionando-o ainda mais. Essa mudança normativa proposta, de acordo com a análise, beneficiaria apenas o setor privado e aumentaria os riscos financeiros para os consumidores, com impactos sociais importantes. (Grupo/Associação/Organização de pacientes).

1.8. A regulamentação do tema deve se limitar ao que está previsto na Lei 9.656. Logo, não há que se falar em redução de cobertura dos planos ambulatoriais. Único ponto que cabe discussão é como se dá a cobertura de urgência/emergência, regulamentada pela Resolução CONSU 13/98. (Interessado no tema).

1.9. O Movimento Inovação Digital (MID) representa a mais relevante comunidade do ecossistema digital no Brasil, que promove o uso sustentável e transformacional das novas tecnologias digitais em todos setores da Economia, incluindo a saúde. Buscamos melhorar a eficiência, a transparência e a qualidade do nosso ecossistema, em especial, através da postura colaborativa com órgãos governamentais e melhoria do aparato normativo. Com foco na digitalização e melhorias de eficiência ainda possíveis no sistema atual de planos de saúde, o MID acredita que os normativos vigentes são suficientes para impulsionar inovações possíveis que atendam às necessidades dos beneficiários e garanta uma saúde suplementar mais eficiente e acessível.

A Nota Técnica nº 5/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES justifica uma eventual alteração nas normas pela percepção que, apesar dos planos ambulatoriais existirem, eles não seriam suficientes comercializados. Entretanto, a regulação, ou a mesmo eventual flexibilização dela, não é um indicativo absoluto do interesse do mercado na comercialização de determinados produtos. O que realmente influencia a dinâmica de qualquer setor é a percepção de oportunidades, demanda dos consumidores e a capacidade de inovação das empresas. Planos de saúde já são extensamente definidos por lei (Leis nº 9.656/1998 e 9.961/2000) e, portanto, e qualquer alteração promovida pela ANS deve respeitar rigidamente o princípio da legalidade e da segurança jurídica, pilares dos ambientes inovativos.

Nesse contexto, a previsibilidade normativa e a já citada segurança jurídica se tornam fundamentais, pois estabelece um ambiente de justas expectativas e que atrai investimentos, incentivando o desenvolvimento de novos produtos e serviços. Um arcabouço regulatório claro e estável não apenas protege os operadores do mercado, mas também cria incentivos para a evolução e competitividade do setor, promovendo um ciclo virtuoso de crescimento e inovação.

Assim, não nos parece ser a hora de renovar o arcabouço regulatório. O MID entende que a ANS deve fortalecer sua normativa atual de saúde suplementar, em especial, perante aos crescentes desafios relacionados à judicialização e reajustes financeiros, seja nos planos de saúde exclusivamente ambulatoriais ou em todos os demais. (Outros)

Em parte³

2.1. A própria dinâmica do mercado de saúde vem criando e implementando atendimentos mais direcionados, tendo hoje um contingente superior ao existente no mercado formal (segundo dados da ANS). Assim e objetivando estruturar de forma mais eficiente esse setor, é primordial torná-lo mais dinâmico, permitindo propor novas alternativas que viabilizem a maior participação (adesão) da população, especialmente de menor renda. (Operadora de planos de saúde)

2.2. 1. Cobertura Limitada dos Planos Ambulatoriais:

- Os planos exclusivamente ambulatoriais oferecem uma cobertura limitada, focada em consultas, exames e procedimentos de diagnóstico e tratamento ambulatorial. No entanto, eles não cobrem internações e procedimentos mais complexos, o que pode gerar lacunas significativas para os beneficiários em casos de emergências ou necessidade de tratamento hospitalar.
- Necessidade de Reformulação: Apesar de atenderem às demandas de quem busca um plano de menor custo, a falta de cobertura hospitalar pode surpreender o beneficiário em situações graves, gerando um impacto financeiro alto. A criação de opções modulares ou planos ambulatoriais que ofereçam algum tipo de proteção adicional em emergências poderia ser uma reformulação adequada.

2. Transparência e Clareza nas Informações:

Muitas vezes, os beneficiários de planos ambulatoriais não compreendem plenamente as limitações de cobertura. A falta de clareza sobre o que é ou não coberto pode resultar em judicialização ou insatisfação do consumidor.

- Necessidade de Reformulação: Há uma necessidade de melhorar a comunicação das operadoras sobre as limitações dos planos ambulatoriais, garantindo que o beneficiário tenha total conhecimento sobre a

segmentação contratada, especialmente em relação a situações de emergência.

3. Perfil Demográfico e Crescente Demanda:

- A demanda por planos ambulatoriais é crescente, especialmente entre jovens e pessoas saudáveis que buscam alternativas de menor custo. No entanto, à medida que a população envelhece ou enfrenta problemas de saúde crônicos, pode ser necessário reconsiderar as coberturas oferecidas por esses planos.

- Necessidade de Flexibilidade: Reformular os normativos para permitir a integração de coberturas moduladas (por exemplo, uma pequena cobertura de internação ou emergência) sem elevar excessivamente o custo, seria uma forma de atender a um público mais amplo, que busca acessibilidade e segurança.

4. Equilíbrio entre Custo e Benefício:

- Os planos ambulatoriais são uma alternativa mais acessível, mas precisam garantir proteção básica em situações inesperadas. Reformular as regras para exigir algum nível de cobertura mínima de urgência ou emergência poderia equilibrar melhor o custo-benefício desses planos.

- Necessidade de Reavaliação: Normativos que permitem uma maior flexibilidade na composição dos planos, sem onerar os custos, poderiam atender melhor as necessidades do mercado, oferecendo segurança mínima sem comprometer a acessibilidade.

Conclusão:

Os normativos vigentes sobre segmentação de planos ambulatoriais são parcialmente adequados, mas necessitam de reformulação em alguns pontos, especialmente no que diz respeito à clareza de informação, proteção em emergências, e a possibilidade de oferecer opções modulares que garantam maior segurança ao beneficiário (Consultoria).

2.3. Pois os planos ambulatoriais atualmente garantem cobertura de "urgência e emergência", mas isso traz muito ruído, pos a expectativa do consumidor é que a referida seja integral (desde o primeiro atendimento até o desfecho - inclusive cirúrgico). E a norma atualmente em vigor (CONSU 13/98) somente garante as 12 primeiras horas em tais circunstâncias. (Cidadão)

2.4. A pergunta se divide em duas, devendo as respostas também ser duas. Por isto, assinalamos Sim (parte 1 da pergunta) e Não (parte 2 da pergunta). A legislação vigente (Lei nº 9.656/98) e demais normativos editados pela ANS com relação ao plano ambulatorial, são suficientes para sua regulamentação, não havendo necessidade de modificação. (Entidade representativa de operadoras)⁴

2.5. (...) Feitas estas anotações, cumpre indicar que a discussão sobre a atenção à saúde ser vinculada à segmentação contratada e no âmbito de planos privados de assistência à saúde ambulatoriais é uma tensão antiga, reavivada com frequência pelo setor regulado, seja no âmbito do poder legislativo, seja no âmbito da agência reguladora. A rigor, a segmentação, enquanto conceito isolado, vai contra a ideia de integralidade, característica essencial de serviços de saúde de qualidade. Admitir a criação de planos exclusivamente ambulatoriais ou subsegmentados, nos moldes sugeridos nesta TPS, significa retirar a obrigação prevista no art. 10, caput, da Lei 9.656/98, a qual obriga qualquer operadora a cobrir todas as doenças previstas na CID (Classificação Internacional de Doenças) da OMS (Organização Mundial de Saúde). Em complemento, significa a extinção do plano referência, responsável por oferecer atendimento completo na ocupação enfermaria (quarto compartilhado).

A criação de um plano exclusivamente ambulatorial, ao arrepio da Lei de Planos de Saúde, autorizando a existência de contratos com coberturas, por exemplo, somente para consultas, serviços de apoio diagnóstico, tratamentos ambulatoriais simples e exames laboratoriais, excluindo expressamente a cobertura e o tratamento mais complexos, a exemplo de câncer, medicamentos para o controle de efeitos adversos da quimioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal (CAPO) e demais tratamentos e procedimentos ambulatoriais considerados de alta complexidade. Esses serviços seriam cobertos apenas pelos planos ambulatoriais complexos ou com segmentação hospitalar.

A essência que fundamenta eventual abertura regulatória representa franco retrocesso à garantia mínima de atendimento prevista na lei atualmente em vigor e resgata a sugestão de "planos acessíveis", "planos populares", "planos sub segmentados", rechaçados à exaustão, justamente pelos perigos que representam aos usuários, uma vez que não reduzem os custos em saúde e não oferecem vantagens reais para o consumidor. Ao contrário, sob a roupagem de contratos, em tese, mais baratos,

oferece-se cobertura reduzida e atendimento precário.

Planos mais simples, em resumo, abandonam o usuário quando o atendimento à saúde é necessário, já não excluindo doenças como no cenário de desregulamentação anterior à Lei 9.656/98, mas excluindo os procedimentos caros que tratam a doença. E, mesmo com eventuais opções de planos ambulatoriais complexos, como se trata de um mercado concentrado, há grande poder para as empresas oferecerem apenas os planos de saúde com cobertura reduzida, deixando a oferta dos planos ambulatoriais complexos e de planos hospitalares do mercado. Resumidamente, o que se vê atualmente com os planos individuais: frente ao duplo padrão regulatório que normatiza os planos individuais e coletivos com diferentes graus de proteção, as operadoras apenas comercializam planos coletivos.

Assim, somente é possível falar em reformulação da regulação atual na eventualidade de se discutir maiores parâmetros de proteção ao consumidor, não o contrário.

Por fim, é também necessário ler e interpretar a determinação do STJ no AgInt no AREsp n.º 2.183.704 adequadamente. O STJ determinou que a agência fiscalize e regulamente os cartões de desconto, uma vez que tais produtos se inserem no âmbito de suas competências regulatórias. Por outro lado, o STJ não determinou que a ANS pense na flexibilização que hoje é conferida aos planos hospitalares e ambulatoriais. Cartões de desconto são arranjos comerciais que já existem e não devem ser confundidos com planos de saúde, não podendo ser vendidos como tais. É importante repetir, ainda, a avaliação técnica que ANS compartilhou no caso, sobre os riscos que estes tipos de produtos oferecem aos consumidores. O Idec avalia que a ANS deve regular cartões de desconto como um produto específico, diferentemente do plano de saúde, de modo a proteger o consumidor e evitar que ele seja induzido a erro no momento da contratação ou durante a utilização do produto. Ou seja, a Agência, em primeiro lugar, deve realizar estudos sobre os cartões de desconto, consolidar as avaliações sobre seus riscos e feitos sobre preço e concorrência, pensar em maneiras de proteger e consolidar tais análises em documentos adequados, para posterior averiguação e contribuição popular neste sentido.

2.6. Entendemos ter oportunidade de alteração na coberturas vigentes para a criação de uma cobertura diferenciada que contenha itens específicos como de consultas e exames. (Entidade representativa de prestadores)

2.7. O aumento de coberturas ambulatoriais, ampliação das terapias e medicamentos, causou forte aumento dos custos assistenciais que merecem revisão da segmentação dos produtos. (Operadora de planos de saúde)

2.8. O mercado vem criando alternativas fora do atual mercado formal. É importante existirem alternativas de diferentes produtos que viabilizem a participação da população de baixa renda. (Operadora de planos de saúde)

2.9. A legislação e regulamentação que tratam das condições ofertadas nos planos de saúde sob a segmentação ambulatorial é suficientemente clara, mas comporta aprimoramento no que se refere: (a) à diferenciação dos contratos relativos aos produtos estabelecidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98 em relação a outros produtos disponíveis no mercado (entre eles, o cartão de desconto), que não se encaixam no artigo supra mencionado, mas que são uma importante ferramenta de acesso à população a serviços de saúde de atenção primária a preço mais acessíveis.

Esses produtos suprem deficiências e aliviam a sobrecarga do Sistema Público de Saúde (SUS) na medida em que possibilitam a contratação direta de serviços de assistência à saúde de forma particular a preços acessíveis, e (b) ao detalhamento das condições de contratação e limites de cobertura dos produtos estabelecidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98 unicamente sob a segmentação ambulatorial, a fim de ampliar o conhecimento e conscientização da sociedade quanto às limitações desta modalidade, bem como os diferentes níveis de risco assumido pelas operadoras que oferecem este tipo de cobertura assistencial.

Neste contexto, em relação ao item (a) acima, é importante esclarecer que os cartões de desconto apesar de garantirem acesso a serviços de saúde, não caracterizam os produtos definidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98. Em que pese o entendimento, ainda não definitivo, do Superior Tribunal de Justiça (STJ) manifestado na decisão proferida no Agravo Interno nos autos do Agravo em

Recurso Especial nº 2.183.704, a ANS já reconheceu que os cartões de desconto não se equiparam aos produtos descritos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98, por meio da cartilha intitulada “Cartões de desconto e pré-pago não são planos de saúde” (disponível em https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/cartilhas-para-o-consumidor/cartoes_de_desconto_e_pre_pago_nao_sao_planos_de_saude.pdf).

São diversas as diferenças entre os cartões de desconto e os produtos que se enquadram na definição da Lei nº 9.656/98. Estas diferenças devem ser destacadas pela ANS e amplamente divulgadas tanto na regulamentação e campanhas à população, quanto no ato de divulgação e contratação dos respectivos produtos, tais como: (i) empresas que ofertam cartão de desconto não garantem cobertura financeira de riscos de assistência médica oferecida aos seus usuários, como ocorre com os produtos definidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98), (ii) os cartões de desconto apenas oferecem o acesso do seu usuário a serviços de saúde particulares, com preços negociados junto a uma gama variada de prestadores de serviços credenciados pela empresa responsável pela oferta do cartão, (iii) não há pagamento à administradora do cartão de desconto pela contraprestação do serviço de assistência médica propriamente dito, mas apenas pela aquisição do produto (cartão) que concede acesso a descontos para a utilização do serviço médicos prestados por parceiros da empresa emitente do cartão de desconto.

Portanto, diferentemente dos produtos definidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98, inclusive dos que estão sob a segmentação exclusivamente ambulatorial, o cartão de desconto não garante assistência à saúde de forma ilimitada. Isto porque, o acesso aos serviços de saúde (i) deve ser realizado junto aos prestadores de serviços que atendem os usuários do cartão, e (ii) o pagamento é realizado pelo usuário, diretamente ao prestador de serviço, utilizando o cartão de desconto ou outro meio de pagamento próprio, ou seja, não garante a assistência à saúde sem limite financeiro.

Ao contrário dos produtos previstos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98, no caso do cartão de desconto, a empresa emitente não assume o risco financeiro da assistência médica prestada aos usuários (adquirentes do cartão), sendo certo que a natureza da atividade desenvolvida pelas empresas que oferecem cartão de desconto é a viabilização do acesso dos usuários a uma rede de prestadores de serviços de saúde.

No que se refere ao item (b), ou seja, ao necessário detalhamento das condições de contratação e limites de cobertura dos produtos estabelecidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98 unicamente sob a segmentação ambulatorial, o artigo 12 da Lei nº 9.656/98 delimita quais as coberturas devem ser oferecidas nas segmentações abrangidas nesta segmentação. Por sua vez, a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 13 e a Resolução Normativa nº 465/21 detalham ainda mais a limitação da cobertura assistencial abrangida na segmentação de planos ambulatoriais, inclusive na hipótese de cobertura de urgência e emergência, traduzindo de forma clara e abrangente o que já está estabelecido no artigo 12, inciso I da Lei nº 9.656/98 – e não poderia ser diferente, visto que a regulamentação não pode exceder o disposto em lei, sob pena de violação do princípio da legalidade e da hierarquia das normas.

Durante o processo de revisão proposto por esta TPS, é importante que a ANS se enderece e divulgue de forma clara, simplificada e informativa as definições e os limites de cobertura assistencial dos planos ambulatoriais, de forma a evitar que os beneficiários que contratam esse tipo de produto tenham meios para compreender as características e limites do produto contratado, evitando, assim, que estes pleiteiem, tanto pela via administrativa como judicial, acesso à serviços que, conceitualmente, não integram os planos ambulatoriais. Dessa forma, as empresas que operam os produtos definidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98 poderão ter mais segurança em sua operação, e a sociedade terá uma gama maior de produtos que possibilitam o acesso a serviços de saúde, munidos de ampla informação de suas condições contratuais. (Empresa indústria)

2.10. Em partes pois acreditamos ser primordial torná-lo mais dinâmico, permitindo propor novas alternativas que viabilizem a maior participação (adesão) da população, especialmente de menor renda. (Operadora de planos de saúde)

2.11. Seria essencial torná-lo mais dinâmico, permitindo propor novas alternativas que viabilizem uma

maior adesão da população, especialmente de menor renda. O mercado atual já vem implementando atendimentos de formas mais diversificadas, (Operadora de planos de saúde)

Não⁵

3.1. Em relação à disponibilização obrigatória de uma rede de atendimentos remotos nos planos de saúde, os normativos vigentes não são suficientes, pois inexiste previsão que exija a disponibilização da modalidade por todas as operadoras de planos de saúde. (Entidade representativa de prestadores)

3.2. Considerando que o inciso XIII do Artigo 4º da Lei 9961/2000 possibilita a criação de sub segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656/98, a ANS precisa regulamentar a sub segmentação exclusivamente ambulatorial com suas peculiaridades e características próprias. (Entidade representativa de operadoras)

3.3. Preliminarmente, ressaltamos que a decisão do STJ determinou a regulamentação dos “Cartões de Desconto” e não a sub-segmentação do Plano ambulatorial, como apresentado na proposta de Tomada de Subsídios.

Importante destacar que a tentativa de criar a sub-segmentação de planos de saúde não é nova, o Projeto de Lei nº 7419/2006, em substitutivo anterior, pretendia retirar garantia e direitos conquistados ao longo dos anos.

Assim, como a proposta trazida para análise, na presente Tomada de Subsídios, que representa um retrocesso para os beneficiários da saúde suplementar.

A Lei de planos de saúde – Lei 9.656/98 - estabelece três tipos de segmentação: ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e plano-referência, que deve cobrir todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, trazendo de forma expressa as exceções legais, inexistindo previsão na Lei nº 9656/98 que possibilite a sub- segmentação de planos de saúde.

Ademais, as coberturas para os atendimentos em caráter de emergência e urgência são obrigatórias, não existindo distinção em relação ao tipo de segmentação, seja ambulatorial ou hospitalar.

Nesse sentido, a exclusão da obrigatoriedade de atendimento de urgência e emergência, como apresentado na proposta, se mostra extremamente prejudicial ao beneficiário, colocando em risco a sua vida e sua saúde, uma vez que retira desses planos a garantia de um atendimento essencial, em algumas situações, para a sobrevivência do consumidor.

A Agência não pode se utilizar do argumento de que necessita regulamentar o cartão de desconto, para introduzir no mercado de saúde suplementar a sub-segmentação do plano ambulatorial. A ideia de difundir planos mais econômicos, mas sem a devida garantia de assistência integral à saúde dos beneficiários, é prejudicial ao consumidor que contrata esse tipo de produto sem o conhecimento necessário para uma escolha consciente.

No cenário apresentado, o beneficiário ficará com um atendimento extremamente restrito, o que não representará efetivamente a segurança que se espera ao contratar um plano de saúde.

Além disso, a comercialização dos planos de saúde ambulatorial não é expressiva, por não representar o interesse dos consumidores na aquisição de planos que não contemplem assistência hospitalar, cujo custo é o mais elevado nos tratamentos. Esse comportamento já demonstra que o beneficiário prefere a contratação de plano de saúde mais abrangente, em razão da imprevisibilidade relacionada à saúde.

Portanto, considerando que a propositura despreza a concepção de proteção ao direito do beneficiário à saúde de forma integral, suprimindo coberturas atualmente prevista na Lei nº 9656/98 para o plano ambulatorial, entendemos que o modelo de produto proposto pela Agência não pode ser comercializado como plano de saúde.

Desta forma, deve ser editado um normativo específico para a regulamentação desse tipo de produto, que não pode ser oferecido como um plano de saúde, de modo a não induzir o consumidor a erro no momento da contratação. (Órgão de defesa do consumidor).

3.4. Há necessidade de reformulação, pois a própria dinâmica do mercado de saúde vem criando e implementando atendimentos mais direcionados, tendo hoje um contingente superior ao existente no mercado formal (segundo dados da ANS). Desta forma é necessário propor novas alternativas que viabilizem a maior participação (adesão) da população, especialmente de menor renda. (Operadora de planos de saúde)

3.5. Para a criação do plano ambulatorial pretendido existe a necessidade de alteração da Lei nº 9656/98 detidamente do artigo 12, sob pena de afronta ao princípio da legalidade e questionamento no âmbito judicial. Ademais, após essa alteração legislativa, diversas resoluções da ANS deverão ser alteradas, como por exemplo a RN 465/21, que prevê o plano ambulatorial com coberturas diferentes da proposta.

A simples autorização dada pela Lei nº 9961/2000 à ANS não será suficiente para evitar a judicialização. Como já ressalvado, a própria Lei nº 9656/98 deverá ser alterada pelo Congresso Nacional.

Além disso, a necessidade de adequação da Resolução CONSU 13 que dispõe sobre a cobertura de urgência e emergência, dentre outros normativos. (Operadora de planos de saúde)

3.6. Existe a necessidade de reformulação. (Consultoria)

3.7. Atualmente a segmentação Ambulatorial representa 73% do custo dos atendimentos assistenciais; Para dar viabilidade financeira a um plano ambulatorial, se faz necessário limitar suas coberturas. (Operadora de planos de saúde)

3.8. Entendemos que a proposta de novos produtos ambulatoriais deve ser apartada da normativa vigente, uma vez que a expectativa é regular e aproximar o mercado de saúde suplementar do modelo de cartões de desconto e modulações de produtos como no mercado segurador, haja vista que, conforme informações da ANS, estima-se um contingente de aproximadamente 60 milhões de pessoas nesse segmento. (Consultoria)

3.9. A possibilidade de uma maior segmentação mais adequada ao perfil populacional de cada região, Micro ou Macro, possibilitaria uma forma mais assertiva e possivelmente mais acessível economicamente a população. (Operadora de planos de saúde).

3.10. As normas vigentes sobre segmentação de planos de saúde não são suficientes para lidar com o tema desta Tomada Pública de Subsídios. Considerando que a proposta desta Agência é ampliar o acesso a planos de saúde com a sub segmentação da cobertura ambulatorial e preços mais acessíveis, se faz necessária previsão normativa específica que contenha regras claras sobre as coberturas garantidas e excluídas, obrigatoriedades e vedações do produto, em especial, mas não se limitando, a necessária revisão das regras de urgência e emergência.

Imperioso destacar que em um mercado com forte judicialização, como é o mercado de Saúde Suplementar, somente uma legislação robusta trará segurança jurídica para que as operadoras possam comercializar esta nova modalidade de plano.

Atualmente, a segmentação ambulatorial garante a cobertura de consultas médicas em consultórios, clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato sem, contudo, cobrir internação hospitalar prevista na legislação e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação ambulatorial, além da garantia das doze primeiras horas no caso de urgência e emergência.

Nesse contexto, considerando que a proposta é rever as regras dos planos ambulatoriais de modo a criar um produto competitivo e regulado, que concorra com os “cartões de desconto” e similares, o primeiro aspecto a se considerar é a desvinculação do conceito de “ambulatório”, para customização de planos de saúde mais simples, que garantam exclusivamente consultas e exames.

Se a proposta é ampliar o mercado, imprescindível conceder uma margem de liberdade às operadoras para que, uma vez garantida a cobertura mínima estipulada, tenham possibilidades de customizar seus produtos de modo a atender beneficiários que atualmente consomem produtos no modelo “cartão de desconto”, por exemplo, sem qualquer tipo de regulação ou fiscalização.

Um segundo aspecto a ser avaliado é a situação dos produtos atualmente comercializados por empresas sem registro na ANS, ou seja, não operadoras de planos de saúde, tais como empresas de telecomunicações, farmácias, funerárias etc., que à margem da regulação, ofertam serviços com valores reduzidos sem garantir qualquer risco. (Entidade representativa de operadoras)

3.11. Deve haver adequações às normas vigentes sobre segmentação de planos de saúde para viabilizar

a oferta da sub-segmentação do plano ambulatorial conforme previsto na Lei 9961/2000, devendo ser possibilitada a oferta de combinações das coberturas ambulatoriais.

Deve ser conferida total clareza das coberturas contratadas e excluídas no contrato e demais materiais publicitários.

Os produtos devem necessariamente ser comercializados por operadoras de planos de saúde, devidamente registradas na ANS. E não por empresas de telecomunicações, farmácias, funerárias etc, que à margem da regulação, ofertam serviços com valores reduzidos sem garantir qualquer risco. (Operadora de planos de saúde).

Vazias⁶

4.1. As autogestões, em sua maioria, não trabalham com planos exclusivamente ambulatoriais, tendo em vista as necessidades dos grupos fechados que são atendidos. Portanto, não temos como avaliar se os normativos atuais são suficientes para lidar com o tema, tendo em vista a completa falta de experiência e interesse de nosso segmento com os mencionados planos. (Entidade representativa de operadoras)

Resumo:

Como visto, boa parte das preocupações contidas nas contribuições se refere sobre a legalidade da medida a ser implementada pela ANS, particularmente, a respeito do regulação de cartões de desconto em serviços de saúde e para a subsegmenta, contudo, a matéria já foi objeto de pronunciamento da Procuradoria Federal junto à ANS por meio do Parecer nº 00053/2024/GECOS/PFANS/PGF/AGU (31133554) que sinalizou positivamente para ambas as questões e que está sendo aprofundado por intermédio do processo administrativo nº 33910.027391/2024-81 (chamamento público das entidades que operam cartões de desconto em serviços de saúde) e do Despacho nº: 4/2025/DIPRO, contido no processo administrativo nº 33910.000885/2025-08 (versa sobre a existência de limites legais para a subsegmentação).

Outro ponto que aparece com frequência a preocupação com a limitação dos direitos dos consumidores e as questões políticas que envolvem a subsegmentação, tema que será aprofundado no processo de Sandbox Regulatório.

2. O que poderia justificar a manutenção ou a alteração normativa?

1. A alteração se justifica pela acentuada evolução dos recursos terapêuticos, que vem impondo um conjunto de custos assistenciais, levando ao comprometimento da renda de alguns beneficiários, cujo recurso não tem este mesmo patamar de crescimento. Outro ponto fundamental é a desoneração do SUS que o Sistema Privado de Saúde propicia. Assim, torna-se primordial ampliar a segmentação de tipos de Planos a serem oferecidos no mercado formal. Isto fica evidente ao observar o mercado informal! (Operadora de planos de saúde)

2. A reformulação em torno da inclusão de atendimentos remotos exige uma adaptação para garantir que todos os beneficiários tenham acesso adequado a esses serviços, considerando tanto a cobertura, quanto a qualidade do atendimento.

Portanto, se faz necessária uma reformulação dos normativos, incluindo parâmetros específicos para o atendimento remoto e diretrizes que assegurem a integração desses serviços nos diferentes tipos de segmentação dos planos de saúde. Essa atualização, garantirá regulamentação mais clara e adequada ao avanço das tecnologias de saúde digital e às novas demandas dos beneficiários. (Entidade representativa de prestadores)

3. Justificativas para Manutenção Normativa:

1. Acessibilidade e Baixo Custo:

- Os planos exclusivamente ambulatoriais oferecem uma alternativa mais acessível para um segmento de consumidores que busca coberturas básicas de saúde com foco em consultas, exames e tratamentos ambulatoriais. Isso os torna uma opção viável para pessoas de menor renda ou jovens saudáveis que não precisam de cobertura hospitalar completa.

- Manutenção: Se a prioridade for manter a acessibilidade e o baixo custo desses planos, os normativos atuais permitem que as operadoras continuem oferecendo essas opções sem onerar os consumidores. Isso é importante para manter a inclusão de um maior número de pessoas no sistema de saúde suplementar.

2. Flexibilidade na Escolha:

- Os consumidores podem optar conscientemente por planos ambulatoriais com base em suas necessidades de saúde e capacidade financeira. Para muitas pessoas, a ausência de cobertura hospitalar é uma escolha válida, desde que haja clareza sobre as limitações.

- Manutenção: A manutenção dos normativos atuais preserva a autonomia do consumidor em escolher o tipo de cobertura que melhor se adequa ao seu perfil de uso, sem obrigar a contratação de coberturas adicionais que possam elevar o custo.

3. Segmento de Mercado Definido:

- Planos ambulatoriais atendem a um segmento de mercado bem definido, oferecendo alternativas para indivíduos que preferem pagar menos por um serviço mais limitado, mas que cobre a maioria das necessidades de saúde cotidiana, como consultas, exames e pequenos procedimentos.

- Manutenção: Se os consumidores estão satisfeitos com essa segmentação e se compreendem os limites de cobertura, não há necessidade imediata de mudança nos normativos.

Justificativas para Alteração Normativa:

1. Cobertura Insuficiente em Situações de Emergência:

- Uma das maiores críticas aos planos exclusivamente ambulatoriais é a ausência de cobertura para internações e emergências. Em situações críticas, como acidentes ou doenças graves, os beneficiários ficam desprotegidos, o que pode levar a problemas financeiros ou à necessidade de buscar tratamento no SUS.

- Alteração: Uma possível alteração seria exigir a inclusão de cobertura mínima para urgências e emergências até a estabilização do paciente, sem comprometer o custo geral do plano. Isso garantiria um nível básico de proteção para o beneficiário em situações críticas.

2. Falta de Clarezas nas Informações:

- Muitos beneficiários podem não compreender plenamente as limitações de um plano exclusivamente ambulatorial, especialmente quando se deparam com a necessidade de internação ou procedimentos mais complexos. A falta de clareza pode levar à insatisfação e judicialização.

- Alteração: Os normativos podem ser alterados para exigir transparência mais robusta e comunicações claras sobre os limites desses planos, garantindo que os consumidores entendam completamente o que estão contratando.

3. Evolução das Necessidades de Saúde:

- Com o envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas, a demanda por serviços de saúde tende a crescer em complexidade, o que pode tornar os planos ambulatoriais inadequados para uma parte significativa dos beneficiários no longo prazo. A ausência de cobertura hospitalar pode deixar vulneráveis aqueles que inicialmente contrataram o plano por sua simplicidade.

- Alteração: O normativo pode ser revisado para permitir a criação de opções modulares ou combinadas, que incluem cobertura ambulatorial com a possibilidade de adicionar serviços hospitalares em momentos de necessidade, sem elevar excessivamente o custo inicial.

4. Equilíbrio entre Custo e Proteção:

- Embora os planos ambulatoriais sejam atraentes pelo custo, eles podem não oferecer a proteção necessária em termos de risco financeiro para o beneficiário. A ausência de internação pode levar a grandes despesas em momentos críticos.

- Alteração: Os normativos podem ser ajustados para exigir um equilíbrio maior entre custo e proteção mínima, como por exemplo a inclusão de um limite de cobertura hospitalar em casos de urgência, prevenindo que o beneficiário enfrente altos custos imprevistos.

Conclusão:

A manutenção dos normativos atuais pode ser justificada pela acessibilidade e flexibilidade que eles proporcionam, além de atender a um segmento específico de consumidores. No entanto, a alteração normativa pode ser necessária para garantir mais proteção em situações de emergência, melhor clareza nas informações e adaptação às mudanças demográficas e nas necessidades de saúde dos beneficiários. Idealmente, as normas devem equilibrar proteção mínima com custo acessível, permitindo que o consumidor escolha a cobertura adequada sem se expor a grandes riscos financeiros. (Consultoria)

4. As alterações normativas são imprescindíveis para que não se afete o mutualismo, que característica básica do sistema de saúde suplementar. Ainda, não se pode permitir a movimentação perversa de beneficiários, que se aproveitam de normas de portabilidade ou de absorção de carências e CPT, para upgrades e downgrades prejudiciais à saúde financeira dos planos. Além disso, a liberalidade de atuação de empresas de cartões de descontos e similares, não reguladas da mesma forma que os planos, causa ainda uma concorrência desleal em função de diversos outros pontos livres que não se limitam apenas à cobertura dos planos. Dessa forma, apenas alterar as leis que delimitam a atuação dos planos de saúde não serão suficientes para criar uma competição saudável com empresas não reguladas. Também é importante considerar que os cartões de desconto já estão presentes em negociações corporativas, não apenas pessoa física. Dessa forma, faz-se necessário considerar que a permissão de um desenho mais simples de produto apenas para PF também não será suficiente para competir nesse mercado. (Operadora de planos de saúde)

5. Alteração - Melhor a segurança jurídica - Criar opções de cobertura alternativa para regiões mais remotas, associadas a alguma espécie de seguro complementar para situações extraordinárias. (Cidadão)

6. Como explanado no item anterior, deve ser editado um normativo específico, para estabelecer regras para esse produto, uma vez que ele não pode ser oferecido como um plano de saúde.

Ademais, é de extrema relevância a forma como esse produto será apresentado aos consumidores, pois a falta de informações claras e precisas no momento da oferta pode induzir o consumidor a erro, levando-o a acreditar que está contratando um plano de saúde com todas as garantias atuais. Quando, na verdade, estará contratando apenas um produto que contempla consultas e exames de baixa complexidade.

Importante ressaltar que os consumidores têm direitos básicos garantidos, dentre outros, o direito à informação adequada e clara sobre os produtos e serviços, nos termos do artigo 6º, III do Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

E, mais, o artigo 31 do CDC, também assegura aos consumidores o direito à informação, determinado que “a oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas”.

Portanto, o normativo deve disciplinar, ainda, quais exames serão cobertos pelo produto, e assegurar que o consumidor recebe todas as informações de forma prévia à contratação (Órgão de defesa do consumidor)

7. A manutenção se justifica, pois, a norma vigente atende sua finalidade. Eventual alteração sobre esta segmentação, deve recair sobre todos os tipos de planos (individual ou familiar e coletivos). (Entidades representativas de operadoras)

8. (...) Além disso, a Resolução Normativa RN Nº 465/2021 é suficiente para lidar com o tema sobre planos exclusivamente ambulatoriais ou exclusivamente assistenciais, não existindo, assim, a necessidade de sua reformulação.

Pelo exposto, a reformulação do plano ambulatorial da forma que se pretende não merece prosperar, sob pena de violar a garantia do princípio da legalidade (art. 37, CR/88) e da Separação dos Poderes (art. 2º, CR/88). (Interessado no tema)

9. Conforme esclarecimentos a questão anterior, a ANEBAPS entende que os atos normativos sobre planos de saúde exclusivamente ambulatoriais são suficientes e, logo, não necessitam de alterações substanciais.

10. Não há justificativa técnica ou regulatória para alteração normativa. Não há estudo técnico sobre o impacto que uma modificação do plano ambulatorial possa provocar. Não há demanda popular para que se ofereça um plano popular recortado com menor cobertura assistencial, pelo contrário, os consumidores reivindicam maior regulação de reajustes e de cancelamentos unilaterais. A única justificativa é a motivação econômica das operadoras de planos de saúde que desejam expandir suas carteiras por meio de produtos de baixo risco. A demanda por esse tipo de produto segmentado é antiga e histórica no setor.

A proposta de uma alteração normativa dos planos ambulatoriais somente atende a um pleito histórico das operadoras de saúde.

Esse movimento pela permissividade de poder ofertar um produto fragmentado vem desde as discussões na Câmara dos Deputados, no Substitutivo do Deputado Pinheiro Landim em outubro de 97 que acabou aprovando as segmentações dos planos de saúde. A ideia original da regulamentação do setor era um plano de saúde integral e não subdividido como foi acabou sendo definido na Lei 9.656/98. Como disse na ocasião o Deputado José Pinotti “Não existe outra solução para essa questão senão oferecer a todo brasileiro que compra um plano de saúde a simplicidade de uma saúde integral”.

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

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

A tentativa de quebrar a integralidade do plano ambulatorial se renova ao longo dos anos.

Em 2004, durante o 5º Forum da ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados, representantes das operadoras de saúde defenderam a subsegmentação.

Em 2006, foi entregue ao então ministro da saúde Saraiva Felipe um documento elaborado pelo presidente da Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas de Minas Gerais (Assaspe), Virgílio Baião Carneiro. O documento trazia uma proposta de flexibilização da Lei 9656, incluindo o fim do resarcimento ao SUS e a subsegmentação da cobertura.

Em 2010, Flávio Wanderley, presidente regional da Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo (Abramge), defendia a subsegmentação regional dos planos para ampliar o acesso da população à saúde privada.

Em 2011, em audiência com o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, entidades como Unimed do Brasil, UNIDAS, Fenasaúde e Abramge sugeriram subsegmentação dos produtos, com maior flexibilização do rol de procedimentos.

Em 2017 o Ministério da Saúde, na gestão de Ricardo Barros chegou a elaborar e divulgar três propostas de planos simplificados com menor cobertura assistencial. A premissa seria a de aliviar os gastos com o financiamento do SUS.

A pandemia pelo Covid-19 suspendeu temporariamente esse movimento. Agora, por exemplo, vemos que desde a posse do atual presidente da Abramge, há um discurso coordenado do setor privado reivindicando um redesenho do plano ambulatorial visando em benefícios próprios, mas sem sustentação técnica e social.

Portanto a única justificativa para uma alteração normativa é o lucro, o oportunismo das empresas privadas de saúde, desconsiderando princípios que devem nortear a política de saúde no país que são a integralidade e a equidade.

Não pode a ANS, como agência reguladora do setor, como autarquia do Ministério da Saúde, desconsiderar princípios da política de saúde do país e adotar uma medida que em nada contribui para o sistema de saúde do Brasil.

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

Frise-se ainda que a proposta é contrária a uma das diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, o item 163, da Resolução 719ª do Conselho Nacional de Saúde: Restringir a oferta de planos privados de saúde de baixa cobertura e limitar reajuste de preços aos índices gerais da economia. (Interessado no tema)

11. A manutenção se justifica pelos motivos a seguir listados:

1. Risco da proposta. A proposta representa risco para o aumento da judicialização do setor, já considerada uma das maiores do país, e aumento da assimetria da informação, pois não há participação do consumidor nesse cenário decisório para que haja compreensão da extensão da mudança.

2. A solução proposta não resolve o problema colocado pela ANS. A proposta não é adequada para o problema apresentado, pois não é a estrutura do produto (cobertura) que atrai os consumidores, mas sim a forma como esse produto é comercializado, com agilidade, flexibilidade e transparência. A ANS deveria investir na regulação adequada buscando incentivos para o aumento da oferta dos planos individuais ao invés de despender energia para propostas que não vão cumprir com o proposto. Os consumidores almejam acesso e possibilidade de pagamento, sem renunciar a cobertura.

(...) (Interessado no tema)

12. É primordial para ampliar a segmentação de tipos de Planos a serem oferecidos no mercado formal. Isto fica evidente ao observar o mercado informal e auxilia na desoneração do SUS. (Operadora de planos de saúde)

13. O atual contexto regulatório não é suficiente para prevenir a judicialização dos planos ambulatoriais. A limitação da cobertura para internações em casos de urgência e emergência, restrinuida às primeiras 12 horas, mesmo estando prevista na regulamentação, contribui para esse problema. O Judiciário frequentemente confunde essa previsão contratual de 12 horas com uma imposição inadequada de carência e com limitações abusivas. Portanto, é imprescindível regulamentar a subsegmentação exclusivamente ambulatorial, garantindo cobertura apenas para consultas e exames simples.

Considerando que uma parcela significativa da população ainda não tem acesso aos produtos disponíveis no mercado de saúde suplementar regulamentado mas consome serviços básicos como consultas e exames ambulatoriais, é crucial aprimorar e diversificar a oferta de planos de saúde para atender diferentes perfis de beneficiários. Essa necessidade torna-se ainda mais evidente diante do contexto econômico e social atual, onde há uma crescente demanda por soluções básicas e acessíveis. Assim, a criação e regulamentação de um produto específico, voltado para a sub segmentação dos planos ambulatoriais, com cobertura restrita a consultas e exames, surge como uma medida estratégica para expandir o acesso à saúde.

A regulamentação desse tipo de plano permitirá que uma maior parte da população, que até então estava desassistida ou dependia de soluções não regulamentadas, tenha acesso a serviços de saúde de qualidade, adaptados às suas necessidades. A exclusão de procedimentos de maior custo e complexidade, como internações e cirurgias, viabilizará a oferta de um produto mais acessível, com preços mais compatíveis com a capacidade financeira de diferentes grupos sociais. Isso não apenas ampliará o alcance dos planos de saúde suplementar, como também promoverá uma inclusão mais efetiva, permitindo que essa grande parcela da população que atualmente não consome planos de saúde tenha uma alternativa viável e regulamentada.

Além disso, a criação desses planos ambulatoriais com cobertura restrita ajudará a desafogar o Sistema

Único de Saúde (SUS), ao reduzir a procura por serviços básicos no setor público. Ao incentivar a adesão a planos de saúde mais simples e acessíveis, a pressão sobre os serviços públicos de saúde poderá ser aliviada, permitindo que o SUS concentre seus recursos em tratamentos mais complexos e de alta demanda. Dessa forma, a medida não só atenderá às necessidades imediatas da população, como também contribuirá para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo. (Entidade representativa de prestadores)

14. (...) Atualmente, a Lei n.º 9.656/98 garante uma cobertura mínima para todas as modalidades de plano, ambulatoriais ou hospitalares, que envolve tratamentos ambulatoriais e internação durante as 12 primeiras horas de urgências ou emergências. Da forma como posta na Tomada Pública de Subsídios n.º 5, tenta-se afastar essas exigências mínimas, abrindo caminho para cobranças abusivas; negativas de cobertura e aditivos contratuais excessivamente onerosos. Em resumo: os consumidores de planos de saúde pagarão regularmente suas mensalidades e, no momento em que necessitem de um serviço de urgência e emergência ou de um procedimento hospitalar, ficarão descobertos e terão que pagar do próprio bolso. Na prática, isso significa transferir o risco do adoecimento ao consumidor, que desconhece quais doenças terá e que procedimentos terá que realizar para cuidar de sua saúde.

O Idec avalia que somente é possível defender a manutenção normativa como atualmente vigente, como já consolidada pela Lei n.º 9.956/98. A flexibilização de coberturas é indefensável do ponto de vista jurídico, técnico, atuarial e econômico.

Do ponto de vista jurídico, legalizar a venda de planos sub segmentados, além de contradizer a previsão da Lei de Planos de Saúde, viola o princípio da vedação de retrocesso, aplicável a direitos sociais, tal como a saúde.

Do ponto de vista técnico, é inapropriado e inadequado que um produto que ofereça atendimento à saúde não seja integral e admita limitações sobre os procedimentos oferecidos.

Do ponto de vista econômico-atuarial, planos ambulatoriais fomentam que as operadoras de planos privados utilizem o sistema público como resseguro. Nas palavras de José Sestelo, em entrevista à FIOCRUZ (1): [...] “Por outro lado, a maioria dos contratos comerciais de planos ou seguros de saúde está vinculado à relação de trabalho do beneficiário e não se trata de uma decisão de compra individual em um mercado livre. As empresas quase não oferecem planos a pessoas físicas para fugir da fraca regulação de preços praticada pela ANS. Daí as novas propostas em discussão que visam flexibilizar e fracionar os pacotes assistenciais de modo a viabilizar o aumento das vendas de planos individuais para desempregados ou para o enorme contingente de trabalhadores informais. Nesse cenário, o SUS passa a ser um resseguro ou uma política pública subsidiária que complementa as lacunas e o problema de escala dos esquemas privativos”.

O fim do plano de referência, tal como regulado na Lei n.º 9.656/98, desvirtua completamente a lógica do plano de assistência privada. Problemas de saúde são imprevisíveis e a escolha da segmentação não pode recair ao consumidor. Permitir a venda de planos ambulatoriais simples é uma medida que representa verdadeiro risco à saúde e à vida dos consumidores.

Sobre os cartões de desconto - repisa-se, produtos completamente diferentes dos planos de saúde - é necessário pensar em regras específicas, umas que tais cartões não são planos de saúde. Neste aspecto, é imperioso considerar também as determinações do Código de Defesa do Consumidor, devendo o usuário, na prática, ser orientado sobre a diferença entre cartão de desconto de plano de saúde, o que é coberto por um e outro, como também a necessidade de a oferta ser cumprida - ou seja, se o produto é vendido soba premissa de que oferecerá cuidado integral, então o consumidor deverá ter acesso integral a serviços de saúde. Sem prejuízo, ademais, à proteção contra cláusulas e práticas abusivas.

Referências citadas nas contribuições: (1) Planos de saúde não aliviam demanda do SUS. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1047> (Órgão de defesa do consumidor)

15. Entendemos que o plano se tornaria viável sem a cobertura para oncologia e para atendimentos de Urgência e Emergência. (Operadora de planos de saúde)

16. Disponibilizar um produto no qual a operadora poderá modular a segmentação ambulatorial eletiva de acordo com as necessidades do mercado numa oportunidade de viabilizar produtos com preços

menores do que os tradicionais já ofertados e prevendo uma futura regulação dos cartões de desconto o menor preço será, de fato, um desafio. (Consultoria)

17. Oferecer uma cobertura simplificada poderá atrair maior número de clientes no mercado que hoje não estão nos planos de saúde tradicionais, mesmo com a segmentação ambulatorial que não é ofertada pela maioria das operadoras. A taxa de cobertura em relação a população, cresce ano a ano porém ela não ultrapassa 25%, o máximo que chegou foi em 2014 com 24,9% da população. (Entidade representativa de prestadores)

18. A manutenção dos normativos se justifica pela clareza já estabelecida quanto às coberturas ambulatoriais, mas uma atualização pode ser relevante para abordar novas necessidades do setor e aprimorar a transparência. Uma alteração normativa poderia incluir orientações mais detalhadas sobre os limites de cobertura para consultas, exames, e procedimentos ambulatoriais, destacando que demandas hospitalares não estão cobertas neste tipo de plano. (Operadora de planos de saúde)

19. A alteração normativa referente aos planos exclusivamente ambulatoriais pode ser justificada com o objetivo de proporcionar maior clareza sobre as coberturas que devem ser asseguradas pelas empresas que oferecem este tipo de produto, e sua diferenciação quanto a outros produtos ofertados no mercado, que possuem características e operacionalização completamente diversa dos produtos previstos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98, como os cartões de desconto, conforme mencionado no item 1 acima.

A ANS deve priorizar a ampla informação e transparência quanto às condições de cobertura assistencial ofertadas nos produtos previstos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98, bem como explicitar e garantir a diferenciação de suas características quanto a outros produtos disponíveis no mercado, que viabilizam o acesso à serviços de saúde, mas que não se encaixam na definição estabelecida na Lei nº 9.656/98.

A estrutura e operacionalização do cartão de desconto permite a precificação do produto em valores mensais muito inferiores aos valores mensais dos planos ambulatoriais, permitindo o acesso a serviços médicos de qualidade a aproximadamente 12 milhões de famílias titulares dos cartões de desconto, o que abrange cerca de 40 milhões de pessoas, priorizando o acesso à promoção, prevenção e atenção à saúde e evitando a sobrecarga do SUS, colaborando de forma efetiva para o sistema de saúde.

A alteração das características dos cartões de desconto que eventualmente sejam impostas pela ANS para que se enquadrem no conceito de plano de saúde sob a segmentação ambulatorial, e os submetendo às obrigações exigidas das empresas que operam os produtos estabelecidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98 exigiria o aumento do preço desse produto de forma significativa. Essa medida, admitida apenas como argumentação, iria na contramão da tentativa do órgão regulador de viabilizar o acesso a serviços privados de assistência à saúde.

Os atuais usuários de cartões de desconto, como o ofertado pelo Contribuinte desta proposta, não possuem renda para arcar com os produtos estabelecidos nos artigos 1º, inciso I e §1º da Lei nº 9.656/98, que, mesmo sob a segmentação exclusivamente ambulatorial, possuem o valor médio muito acima daqueles praticados atualmente pelos cartões de desconto. Portanto, neste cenário, estima-se que milhões de brasileiros perderiam a possibilidade de aderir a uma solução efetiva de acesso à saúde, o que se afasta do propósito desta TPS, cujo mote é a ampliação das opções de produtos e serviços ofertados à população em geral.

Embora os cartões de desconto não se enquadrem no conceito de plano exclusivamente ambulatorial, caso a ANS considere benéfico obter maior compreensão sobre os produtos oferecidos através deste canal, o Contribuinte sugere que a Agência institua um cadastro de empresas que oferecem o cartão de desconto no mercado de saúde suplementar, preferencialmente em formato eletrônico e mediante atualização periódica.

A partir desse cadastro das empresas que oferecem cartão de desconto, a ANS poderia abrir um canal de comunicação para o fornecimento de dados como (i) número de usuários, (ii) tipos de serviços acessíveis com desconto, (iii) serviços mais utilizados, entre outros. Dessa forma, a ANS terá visibilidade dos produtos oferecidos por meio dos cartões de desconto, bem como poderá mensurar o impacto do

atendimento viabilizado por essa solução e o desafogamento do sistema de saúde. (Empresa/indústria)

20. A possibilidade de ampliar a segmentação de tipos de Planos a serem oferecidos no mercado formal, de forma a trazer beneficiários que hoje estão no mercado informal.

Se justificando ainda pela acentuada evolução dos recursos terapêuticos, que vem impondo um conjunto de custos assistenciais, levando ao comprometimento da renda de alguns beneficiários, cujo recurso não tem este mesmo patamar de crescimento.

Além de que isso implica na desoneração do SUS que o Sistema Privado de Saúde. (Operadora de planos de saúde)

Resumo:

O primeiro ponto que é destacado se refere ao crescimento do rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS e os seus reflexos nos custos dos planos de saúde, o que pode estar afastando parcela significativa da população.

De outro turno, existe uma preocupação latente com a expansão de um mercado não regulamentado, principalmente, no que se refere aos cartões de desconto em serviços de saúde e seus reflexos sobre os direitos dos consumidores.

Entre as vantagens apontadas estão:

- Adequação de um produto a capacidade financeira de parte expressiva da população, sobretudo no que se refere ao consumidor jovem e saudável que busca apenas coberturas básicas de saúde com foco em consultas, exames e tratamentos ambulatoriais, o que melhor se adequa ao seu perfil de uso, sem obrigar a contratação de coberturas adicionais que possam elevar o custo;
- A proposta tem a virtude de equilibrar proteção mínima com custo acessível, permitindo que o consumidor escolha a cobertura adequada sem se expor a grandes riscos financeiros;
- Incentivo à concorrência em razão do novo entrante em um novo setor do mercado regulado, ainda não explorado; e
- Desoneração do Sistema Único de Saúde - SUS.

Entre as desvantagens apontadas estão:

- Ausência de cobertura para internações e emergências, em situações críticas, como acidentes ou doenças graves, os beneficiários ficariam desprotegidos, o que pode levar a problemas financeiros ou à necessidade de buscar tratamento no SUS;
- Os beneficiários podem não compreender plenamente as limitações de um plano exclusivamente ambulatorial, especialmente quando se deparam com a necessidade de internação ou procedimentos mais complexos. A falta de clareza pode levar à insatisfação e judicialização;
- A regulamentação dos cartões de desconto em serviços de saúde elevara o custo de sua operação que, uma vez transferido para o consumidor, afastaria a parcela da sociedade que se quer alcançar; e
- Com o envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas, a demanda por serviços de saúde tende a crescer em complexidade, o que pode tornar os planos ambulatoriais inadequados para uma parte significativa dos beneficiários no longo prazo. A ausência de cobertura hospitalar pode deixar vulneráveis aqueles que inicialmente contrataram o plano por sua simplicidade.

Note-se que há manifestação no sentido de que a proposta não possui sustentação técnica e social, tema que será enfrentado no processo administrativo de *Sandbox Regulatório*.

Por fim, alguns participantes entenderam que as normas vêm cumprindo satisfatoriamente os seus objetivos, sendo desnecessária qualquer alteração no ordenamento jurídico setorial.

3. Vislumbra-se algum efeito negativo no setor, caso haja mudança nos normativos atuais?

1. O efeito negativo será a insegurança jurídica no tocante o aumento de demandas judiciais com solicitações de cobertura de procedimentos que não farão parte da segmentação proposta pela ANS, especialmente os procedimentos de alta complexidade, terapias, cirurgia, internação e atendimentos de urgência e emergência.

Entretanto, em sendo mantida a nova segmentação, entende-se que para minimizar a insegurança jurídica e deixar clara a limitação de atendimento (Código de Defesa do Consumidor), o nome do plano pode contribuir bastante. Por exemplo: Plano de Consultas Médicas e exames simples, em vez de Plano de Saúde Exclusivamente Ambulatorial.

Além disso, não se pode olvidar que as operadoras continuarão em desvantagem aos cartões de descontos, já que estes não têm a obrigação de constituir capital regulatório, garantias financeiras, provisões técnicas e cumprir responsabilidade legal conforme prevê a Lei 9.656/98. (Operadora de planos de saúde)

2. Alguns efeitos negativos que podem ocorrer no setor de saúde suplementar caso haja mudanças nos normativos atuais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) relacionados aos planos exclusivamente ambulatoriais:

(...)

4. Judicialização Aumentada

- A implementação de novos normativos pode resultar em incerteza entre os consumidores e operadoras sobre a interpretação das novas regras, levando a um aumento de conflitos e disputas legais. Alterações mal compreendidas ou aplicadas de forma inadequada podem aumentar a judicialização no setor.
- Impacto: O aumento de processos judiciais eleva os custos administrativos das operadoras, que podem ser repassados aos consumidores. Além disso, a judicialização gera incerteza jurídica e pode dificultar o relacionamento entre operadoras e beneficiários.

5. Impacto nas Pequenas Operadoras

- Pequenas operadoras de planos de saúde, que geralmente operam com margens mais apertadas, podem ter dificuldades em se adaptar às novas exigências normativas, especialmente se forem obrigadas a adicionar novas coberturas ou adequações regulatórias.
- Impacto: Isso pode resultar na saída de pequenas operadoras do mercado, levando a uma maior concentração entre grandes empresas e reduzindo a diversidade e concorrência no setor.

6. Mudanças Abruptas no Modelo de Negócio

- Alterações nas regras que exigem a inclusão de novas coberturas podem levar as operadoras a revisar seus modelos de negócios de maneira abrupta, afetando contratos já existentes. As operadoras podem precisar ajustar suas estruturas de preços ou renegociar com prestadores de serviços, o que pode causar disrupturas no curto prazo.
- Impacto: Essa necessidade de ajuste rápido pode gerar instabilidade temporária no setor, dificultando a adaptação das operadoras e prejudicando a relação com os beneficiários durante a transição.

3. Entrevemos impactos negativos se não houver mudanças. A Judicialização é sim, ponto de cautela. Além disso, a depender do desenho estipulado para cobertura desses produtos exclusivamente ambulatoriais proveniente de uma mudança normativa, cumpre salientar que pode ocorrer canibalização dos produtos com migração entre planos, pelo cliente, quando oportuno. Ainda, competir em modelos não regulados e regulados, ainda que as coberturas fiquem simplificadas não garante competitividade a depender das demais regras delimitadas no escopo do produto. E, por fim, pode gerar uma redução de qualidade na prestação de serviços médicos que, para concorrer com os cartões de descontos, podem buscar por profissionais de baixa qualidade impactando da saúde do setor como um todo, ou seja, há pressão de baixo custo para competir com mercado não regulamentado (que em sua maioria foca em escala e pouca qualidade nos serviços prestados). No atual contexto nacional de

dificuldade de acesso à algumas especialidades médicas, por exemplo, um plano de valor mais baixo também aumenta o impacto de dificuldade de acesso considerando que terá potencial de ampliar a taxa de cobertura (aumento de beneficiários), piorando o cenário do setor. (Operadora de planos de saúde)

4. A ANEBAPS vislumbra que possíveis mudanças nos normativos atuais poderão ter efeitos negativos ao setor, em especial aos prestadores de serviços de atenção primária à saúde por sistema de pagamento mediante desconto e ao sistema público de saúde.

Inicialmente, importante mencionar que, o modelo de negócios dos prestadores de serviços de atenção primária à saúde por sistema de pagamento mediante desconto atende aproximadamente 2.000.000 de consumidores, que em sua maioria apresentam renda familiar entre R\$ 3.000,00 a R\$ 13.000,00 (i.e., classes C e D dominantes), sendo o atendimento e a prestação de serviços avaliados como bons ou ótimos, de acordo com o Reclame Aqui.

Considerando que, a Nota Técnica nº 5/2024/ASSNT-DIGES/DIRAD-DIGES/DIGES sugere a alteração dos atos normativos específicos dos planos de saúde exclusivamente ambulatoriais para englobar a regulação de prestadores de serviços, como prestadores de serviços de atenção primária à saúde por sistema de pagamento mediante desconto – o que admite-se apenas à título argumentativo, visto a sua latente ilegalidade –, entendemos que a eventual intervenção da ANS nesta atividade econômica poderá conferir rigidez e formalidades dos planos de saúde também a prestação de serviços de atenção primária à saúde por sistema de pagamento mediante desconto, o que poderá inviabilizar a atuação dos atuais e futuros prestadores de serviços deste setor, resultando em inevitável reserva de mercado às operadoras de planos de saúde.

Esta reserva de mercado poderá impactar negativamente no valor e na qualidade de atendimento dos serviços de atenção à saúde primária e, consequentemente, afetará negativamente os consumidores desses serviços, seja pela impossibilidade econômico-financeira de adquirir ou manter este produto, seja por eventual insatisfação no atendimento. Por fim, como resultado, o SUS será impactado negativamente com a necessidade de absorver as demandas médico-assistenciais destes consumidores. Ademais, segundo dados do SUS, em agosto de 2024, foram realizadas 1.142.359 internações à população brasileira. Também, conforme dados da ANS, em 2022, 218.143 internações foram realizadas no SUS para beneficiários com plano de saúde, correspondendo ao montante de R\$441.908.813,88. Ora, a necessidade de atendimento hospitalar continuará a existir. Com isso, eventual segmentação adicional aos planos de saúde exclusivamente ambulatoriais – o que repita-se admite-se apenas à título argumentativo – resultará, invariavelmente, no aumento de demanda a ser absorvida pelo SUS - impactando negativamente o sistema de saúde público de saúde. (Entidade representativa de prestadores)

5. Obviamente o efeito é danoso para a política de saúde do país. Há uma justificativa falaciosa de que uma alteração das coberturas obrigatórias dos planos ambulatoriais resultaria na adesão de mais beneficiários e, com isso, “desafogaria” o SUS. Ora, essa premissa não tem nenhum suporte técnico. Cite-se, por exemplo a Tese de Doutorado de Isabela Soares Santos, “O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada”, na qual a própria pergunta de pesquisa é se “o segmento suplementar desonera o SUS financeiramente e na diminuição da demanda por serviços”.

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

Os estudos mostram que a cobertura duplicada de saúde: (i) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (ii) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público; (iii) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema e; (iv) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde – de universalidade e equidade, de contribuição

positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde – e dos objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Portanto, não há evidência de que o seguro privado alivie os sistemas públicos universais.

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

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

Corrobora para isso o fato que os procedimentos mais identificados para o resarcimento ao SUS pelas operadoras serem procedimentos ambulatoriais de hemodiálise e tratamentos oncológicos. Na verdade não há impacto significativo de “alívio” ao SUS em razão de mais cidadãos possuindo planos de saúde. Pelo contrário o SUS funciona como uma proteção para os beneficiários.

A Dissertação de Celina Maria Ferro de Oliveira, “Utilização de Serviços do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde”, mostra que a despeito dos avanços alcançados com a regulamentação do setor suplementar, o SUS é responsável por uma parcela importante na assistência à saúde dos beneficiários de planos de saúde, tanto para as internações (10,7%) como para os demais atendimentos (11,0%), sendo a única fonte de financiamento que apresentou incremento da participação relativa entre 1998 e 2003 (+12,5% nas internações e +29,6% nos atendimentos), contribuindo para a existência de desigualdades no sistema de saúde brasileiro.

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

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

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

Portanto, como Política de Estado, a subsegmentação também seria uma medida de efeitos deletérios para a sociedade. (Interessado no tema)

6 . 1. Incremento da Assimetria de Informação e Risco Moral. Os consumidores não participam do processo e já conhecem o produto como hoje está. Sem conhecerem as alterações propostas, passarão a aderir ao produto somente pelo preço, esperando a mesma cobertura, assim, fica clara a assimetria de informação e a maior desconfiança do mercado de planos de saúde. Isso enfraquece o setor, que deveria se preocupar em reconquistar os beneficiários ao invés de afastá-los.

2. Aumento da judicialização. Na mesma esteira da justificativa anterior, os consumidores irão buscar o Judiciário para que seu interesse seja avaliado, buscando que o modelo atual dos planos seja mantido. As pesquisas mostram que o Judiciário afasta as decisões da ANS, para aplicação do Código de Defesa do Consumidor, quando acionado pelos consumidores (Pesquisa FGV divulgada em 2022, liderada por Daniel Wang).

3. Impacto no SUS. Sendo a alteração da cobertura obrigatória uma das propostas da ANS, evidente que os usuários que optarem por tal produto precisarão se socorrer do SUS, que será impactado pela medida, sem ser previamente consultado sobre sua capacidade e disponibilidade de recurso para essa demanda. (Interessado no tema)

7. Mudanças podem gerar custos operacionais adicionais para as operadoras, além de exigir maior esforço de adaptação e de comunicação junto aos beneficiários e prestadores. Essas alterações também podem levar a um aumento nas solicitações de mudança de segmento, gerando um impacto financeiro e de gerenciamento para a operadora. (Operadora de planos de saúde)

8. Sim, a redução do acesso da população brasileira a alternativas para serviços de saúde é uma preocupação relevante. De acordo com estimativas do Contribuinte, o eventual enquadramento dos cartões de desconto no conceito de plano exclusivamente ambulatorial resultará em um aumento significativo no valor desses cartões. Tal incremento não é compatível com a capacidade financeira da maioria dos portadores do cartão do Contribuinte, que abrange cerca de 6 milhões de famílias titulares.

Por fim, sem alternativa, os usuários que hoje optam pelo cartão de desconto precisarão se socorrer do SUS, que será impactado pela medida, sem ser previamente consultado sobre sua capacidade e disponibilidade de recurso para essa demanda. (Empresa e indústria)

9. (...) Temos questões sociais como reforçar a desigualdade no acesso e discriminação por faixa de renda, pois planos fragmentados e de menor cobertura reforçam a segmentação entre consumidores de diferentes níveis de renda, levando a um sistema de saúde dualizado e desigual. Isso pode resultar em um cenário onde apenas uma parte da população tem acesso a um atendimento de qualidade, enquanto outra parte fica com produtos incompletos, o que contraria os princípios de equidade e universalidade na assistência à saúde.

Impacto negativo na qualidade do serviço prestado, com coberturas mais limitadas, é provável que muitos beneficiários enfrentem dificuldades para acessar procedimentos diagnósticos, exames preventivos e outros serviços essenciais, afetando a qualidade geral do atendimento. Isso pode levar a diagnósticos tardios, cuidados inadequados e tratamentos interrompidos ou descontinuados, afetando também negativamente os desfechos de saúde dos pacientes.

Por fim, ressaltamos o aumento das tensões com a Agência reguladora, uma vez que mudanças nas normas de cobertura podem gerar tensões entre as operadoras e a ANS, caso a flexibilização, pois irá resultar em aumento de reclamações e denúncias de consumidores. O impacto será direito para as operadoras junto aos órgãos reguladores. (Grupo/associação/organização de pacientes)

10. Conforme reforçado nas perguntas anteriores, a MID, como entidade que congrega diversas empresas do setor digital e de tecnologia, vislumbra risco grave caso a discussão de revisão dos planos ambulatoriais ocorra como previsto nas documentações-base nessa tomada de subsídios. E isso por dois motivos:

(...)

(ii) Caso a sugestão proposta pelos documentos-bases prospere, existe um risco sistêmico da proposta

ocasionar em reserva de mercado. Considerando o potencial baixo preço de um plano ambulatorial segmentado, é possível que poucas operadoras sejam competitivas nesse novo desenho. Tal centralização pode ocasionar problemas concorrentiais no sistema de saúde brasileiro, inclusive, com um potencial oligopólio em que poucas empresas dominam a oferta de um produto ou serviço. Isso resultará em menor diversidade de opções de qualidade para os consumidores. Esse é um ambiente propenso a abusos e à falta de inovação, uma vez que a pressão competitiva, que normalmente impulsiona melhorias e adaptações às necessidades dos usuários, é significativamente reduzida. Além disso, a dependência excessiva de poucas operadoras pode gerar vulnerabilidades para os beneficiários como um todo, tornando-o mais suscetível a crises financeiras e aumentos abusivos, se ocorrerem, podem afetar milhões de beneficiários e comprometer a sustentabilidade do setor. (Outro)

Resumo:

Das contribuições encaminhadas se extraem os seguintes efeitos negativos esperados

- Aumento da judicialização a implementação de novos produtos pode resultar em incerteza entre os consumidores e operadoras sobre a interpretação das novas regras, levando a um aumento de conflitos e disputas legais aumentando a judicialização no setor.
- Impacto nas pequenas operadoras que geralmente operam com margens mais apertadas, podem ter dificuldades em se adaptar às novas exigências, o que pode resultar na saída destas operadoras do mercado, levando a uma maior concentração entre grandes empresas e reduzindo a diversidade e concorrência no setor.
- As mudanças no modelo de negócio as alterações normativas podem levar as operadoras a revisar seus modelos de negócios de maneira, afetando contratos já existentes. As operadoras podem precisar ajustar suas estruturas de preços ou renegociar com prestadores de serviços, o que pode gerar instabilidade temporária no setor, dificultando a adaptação das operadoras e prejudicando a relação com os beneficiários durante a transição.
- Possibilidade de portabilidade oportunista, por parte do beneficiário que se manteria no cartão de descontos de serviços de saúde e quando precisasse de uma intervenção de maior monta faria a portabilidade para uma Operadora de Planos de Saúde.
- Impacto no SUS em razão da saída de beneficiários dos cartões de descontos em serviços de saúde que não puderem adquirir o novo produto, na forma apontada na proposta de normativo. Além disso, nos sistemas duplicados as pessoas que possuem seguro privado tendem a continuar utilizando o sistema público para os serviços mais complexos e custosos, tornando a fila de espera no setor público ainda mais lenta do que seria sem a existência do seguro privado e com maior custo por paciente.
- Aumento da assimetria de informação e risco moral, pois, os consumidores já conhecem o produto como hoje está, sem conhecerem as alterações propostas, passarão a aderir ao produto somente pelo preço, esperando a mesma cobertura, assim, fica clara a assimetria de informação e a maior desconfiança do mercado de planos de saúde.

4. Quais os efeitos positivos podem resultar da alteração dos normativos atuais?

1. A alteração se justifica pela acentuada evolução dos recursos terapêuticos, que vem impondo um conjunto de custos assistenciais, levando ao comprometimento da renda de alguns beneficiários, cujo recurso não tem este mesmo patamar de crescimento. Outro ponto fundamental é a desoneração do SUS que o Sistema Privado de Saúde propicia. Assim, torna-se primordial ampliar a segmentação de tipos de Planos a serem oferecidos no mercado formal. Isto fica evidente ao observar o mercado informal! (Operadora de planos de saúde)

2. A criação de um plano de saúde exclusivamente ambulatorial, com foco na cobertura de consultas e exames simples, representa uma solução estratégica para desafogar a porta de entrada do Sistema

Único de Saúde (SUS) e aprimorar o acesso da população aos serviços de saúde. Esse tipo de plano, mais acessível e com cobertura direcionada para as necessidades básicas da população, terá impacto positivo tanto para os beneficiários quanto para o próprio sistema de saúde pública. Ao oferecer uma alternativa regulamentada e de menor custo, ele pode reduzir a pressão sobre o SUS, que atualmente absorve uma grande demanda de pessoas que não possuem plano de saúde ou que dependem de cartões de desconto.

Ao canalizar parte dessa população para um produto mais básico, mas devidamente supervisionado pelas autoridades de saúde, será possível não apenas melhorar a eficiência do SUS, mas também assegurar que mais indivíduos tenham acesso a cuidados de saúde de forma regulamentada e contínua.

Com a diminuição da demanda por consultas e exames básicos no setor público, o SUS poderá concentrar seus esforços em áreas mais críticas, como atendimento de alta complexidade, internações e tratamentos especializados, fortalecendo seu papel na garantia do direito à saúde para todos. Essa iniciativa, portanto, ao mesmo tempo que gera benefícios diretos para a população que hoje encontra dificuldades de acesso, também contribui para a sustentabilidade e eficiência do sistema público de saúde. (Entidade representativa de operadoras)

3 . A alteração dos normativos atuais da ANS, considerando as reclamações dos beneficiários e empresas contratantes de planos de saúde, pode gerar uma série de efeitos positivos tanto para o setor de saúde suplementar quanto para os consumidores. A seguir, destaco alguns dos principais efeitos positivos que podem surgir a partir dessas mudanças:

(...)

5. Melhor Adequação dos Produtos às Necessidades dos Contratantes

- Efeito Positivo: Uma revisão normativa pode forçar as operadoras a adequar melhor seus produtos às necessidades específicas das empresas contratantes e dos beneficiários individuais, melhorando o equilíbrio entre o custo e a cobertura oferecida. Isso pode incluir mais atenção às demandas de empresas por planos que atendam às necessidades dos funcionários e suas famílias.
- Benefício: Ao ajustar os produtos, as operadoras conseguem oferecer planos de saúde que realmente atendem às expectativas dos contratantes, reduzindo o número de reclamações e aumentando a fidelização dos clientes.

(...)

7. Maior Acessibilidade Financeira

- Efeito Positivo: Mudanças normativas poderiam incentivar a oferta de planos mais acessíveis, com coberturas básicas para um público de menor poder aquisitivo. As operadoras poderiam ser incentivadas a criar modelos mais simples, ajustados à realidade econômica de diferentes segmentos da população.
- Benefício: Isso ampliaria o acesso aos planos de saúde para pessoas que hoje não podem pagar por planos completos, reduzindo a pressão sobre o sistema público de saúde e aumentando a inclusão no mercado de saúde suplementar. (Consultoria)

4. Aumento do acesso a planos de saúde mais baratos e complementares à assistência do SUS. (Consultoria)

5. Considerando que nossa proposta se refere à criação de um novo produto ambulatorial eletivo, inclusive, com uma normativa dedicada ao tema, vemos como pontos positivos a regulação de um mercado que comercializa produtos de saúde sem as prerrogativas da ANS, e possibilitando clareza para que o efeito da judicialização não recaia sobre esse novo modelo. Estimula as operadoras a comercializarem planos ambulatoriais eletivos e amplia as opções para a população que deseja acesso a baixo custo a serviços de saúde fora da rede pública. (Consultoria)

6. Ampliação do acesso a pessoas a planos de saúde, na contratação individual ampliação de acesso a esse público, como alternativa, rapidez na entrega dos serviços, simplificação de processos. Atendendo a missão da Saúde Suplementar no Brasil que promovendo defesa dos interesses na assistência e contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Trazer uma prestação de serviço

regulada com mais garantias aos usuários em detrimento aos cartões atuais. (Entidade representativa de prestadores)

7. Ampliação do acesso a pessoas a planos de saúde, ampliação de acesso como alternativa na entrega dos serviços e simplificação de processos e custos. Atendendo a missão da Saúde Suplementar no Brasil que promovendo defesa dos interesses na assistência e contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. (Operadora de planos de saúde)

8. É benéfico trazer subsegmentação para que haja maior possibilidade de adesão na saúde suplementar para população que hoje não consegue adquirir um plano completo. (Operadora de planos de saúde)

9. Ampliação dos tipos de planos a serem oferecidos no mercado formal, desonerando sus e atingindo uma parte de mais baixa renda da população. (Operadora de planos de saúde)

10. Caso a ANS aceite a sugestão do Contribuinte para (i) elaboração/aprimoramento da regulamentação voltada à informação em linguagem clara das coberturas assistenciais oferecidas nos planos exclusivamente ambulatoriais e sua diferenciação quanto a planos que agreguem cobertura a outras segmentações (i.e., planos sob a segmentação ambulatorial, hospitalar e obstétrica), e (ii) criação de um cadastro anual eletrônico para as empresas que oferecem cartões de desconto, haverá aumento na transparência das condições de contratação dos planos exclusivamente ambulatoriais e no entendimento pela ANS das condições de oferta e utilização dos cartões de desconto, sem prejudicar o serviços de saúde acessados por uma parcela significativa da população brasileira por meio de cartões de desconto. (Empresa/indústria)

11. Vemos a possibilidade de aumentar as carteiras de beneficiários, desde que a cobertura seja específica para exames simples e consultas, podendo a operadora estabelecer o atendimento em rede própria, por exemplo. Também enxergamos essa como uma alternativa para portabilidade de carência na concessão de revisão técnica da carteira individual. (Operadora de planos de saúde)

12. Flexibilização da oferta, ampliação do acesso, ampliação das alternativas de assistência à disposição dos beneficiários com um produto devidamente regulado, maior previsibilidade e segurança jurídica, com o risco financeiro suportado exclusivamente pela operadora, além de “desafogar” o Sistema Único de Saúde. (Entidade representativa de operadoras)

13. Planos ambulatoriais subsegmentados atingirão uma parcela da população que atualmente não consegue manter ou contratar plano de saúde.

O produto sendo ofertado por operadoras devidamente registradas conferirá segurança e previsibilidade aos contratantes.

Diferentemente dos cartões de desconto, esses produtos não repassarão o risco ao consumidor, mas sim será retido pela operadora.

Outro aspecto positivo reside na redução da demanda pelo SUS, com isso diminuirá o tempo de espera por atendimento eletivo básico àqueles que não possuem plano de saúde. (Operadora de planos de saúde)

Resumo:

Foram apontados como pontos positivos da proposta:

- A desoneração do SUS que o Sistema Privado de Saúde, ao oferecer uma alternativa regulamentada e de menor custo, o que pode reduzir a pressão sobre o SUS, que atualmente absorve uma grande demanda de pessoas que não possuem plano de saúde ou que dependem de cartões de desconto em serviços de saúde.
- Melhor adequação dos produtos às necessidades dos contratantes, o que permitiria adequar melhor os produtos das operadoras às necessidades específicas das empresas contratantes e dos beneficiários individuais, melhorando o equilíbrio entre o custo e a cobertura oferecida. Isso pode incluir mais atenção às demandas de empresas por planos que atendam às necessidades dos funcionários e suas famílias.
- Maior acessibilidade financeira incentivando a oferta de planos mais acessíveis, com coberturas básicas para um público de menor poder aquisitivo, as operadoras poderiam ser incentivadas a criar modelos mais simples, ajustados à realidade econômica de diferentes segmentos da população.
- Maior proteção ao consumidor que hoje busca atendimento em empresas por cartões de desconto de serviços de saúde que hoje não tem qualquer regulamentação, poderão ter suas necessidades atendidas por entidades reguladas.
- Aumento do acesso a planos de saúde em face da redução do preço e com serviços complementares à assistência do SUS.

3.3. Agora passaremos a segunda parte do questionário que são as questões formuladas pela DIGES.

1. NOME DA SOLUÇÃO APRESENTADA: (Sugestão do nome com o tipo de segmentação ou sub-segmentação)

1. Plano para Consultas Eletivas e Exames*

A indicação de uma designação mais específica auxilia na identificação do segmento atinente, tornando-se assim mais simples e objetivo ao devido entendimento da devida abrangência. Isto será muito importante para os pacientes sem acesso aos planos hoje existentes porque, principalmente nas doenças oncológicas o acesso aos pacientes do SUS é muito dificultado a depender das regiões do País, esses pacientes demoram muito para ter os seus diagnósticos em função da falta de acesso imediato. Com essa agilidade dos planos de saúde, esses pacientes terão seus diagnósticos muito mais rápidos, podendo iniciar os seus tratamentos antecipadamente em estágios menos agressivos da doença.

Além das doenças oncológicas, as doenças cardiovasculares, reumatológicas e principalmente na prevenção de doenças, o maior acesso da população aos meios diagnósticos será de grande valia à população que não podem pagar um plano de saúde nos atuais preços mínimos de mercado.

Além desse aspecto, as operadoras que atuam de forma regular poderão ter uma otimização de seus custos operacionais, otimizando os seus recursos próprios, podendo atuar em um segmento de riscos mais previsíveis. (Operadora de planos de saúde)

2. Saúde Conectada - Segmentação Ambulatorial: Teleconsulta e Monitoramento Remoto (Entidade representativa de prestadores)

3. Plano de consultas médicas e exames simples. (Operadora de planos de saúde)

4. Plano de Consultas e Exames em Regime Exclusivamente Ambulatorial – o próprio nome por si só confere clareza e transparência aos beneficiários.

Sub segmentação – Exclusivamente ambulatorial (Entidade representativa de operadoras)

5. 1. Plano ambulatorial com franquia para emergência (incluindo eventual internação que lhe seja decorrente)

2. Plano ambulatorial e hospitalar coparticipativo e com escopo limitado de cobertura (rol específico), a ser aplicado em regiões remotas do país, mas com (i) programa do SUS específico em paralelo e (ii) seguro associado para outro rol de despesas extraordinárias. (Cidadão)

6. Em relação ao nome do produto, considerando que ele não se enquadra como plano de saúde, sugerimos que seja chamado de “SÓ CONSULTA”, ainda que conte com a realização de exames, a utilização desse nome traz mais transparência ao consumidor sobre o que está sendo efetivamente oferecido. O que possibilita uma escolha mais consciente e segura no momento da contratação, associado a garantia de que todas as informações relacionadas ao produto serão previamente informadas ao consumidor (Órgão de defesa do consumidor)

7. Plano para Consultas Médicas estritamente Eletivas e Exames. (Operadora de Planos de Saúde)

8. Plano de consultas médicas e exames simples. (Operadora de Planos de Saúde)

9. Plano de consultas médicas e exames simples laboratoriais. (Entidade representativa de operadoras)

10. Plano Ambulatorial exclusivamente para atendimentos eletivos, com consultas e exames. (Operadora)

11. Consultas e exames eletivos. (Operadora)

12. Ambulatorial eletivo modular (Consultoria)

13. Plano de consultas eletivas e exame. (Operadora)

14. Plano de Consulta médica e SADT. (Operadora)

15. Ambulatorial sem urgência e emergência / ambulatorial sem terapias / ambulatorial apenas com consultas e exames. (Operadora)

16. O nome do produto deve refletir de forma clara as coberturas previstas, de tal forma que o consumidor saiba exatamente o que tem direito, evitando assimetria de informação. Sugere-se o seguinte formato – nome: “plano exclusivamente de consultas”, nome: “plano exclusivamente de exames”, nome: “plano de consultas e exames simples”. Neste sentido, é necessário que esta Agência elabore uma documentação em linguagem simples, clara, ostensiva, didática e inteligível aos consumidores, como cartilhas, com uma estratégia de marketing que preze a comunicação assertiva do que o produto efetivamente cobre. (Entidade representativa de operadoras)

Resumo:

Diversas foram as proposições para o nome do produto, mas, poucos incluíram a segmentação, apesar de ser possível depreender-la da denominação adotada, passamos transcrever-las em ordem alfabética.

Nome	Segmentação
Ambulatorial apenas com consultas e exames	-
Ambulatorial eletivo modular	-
Ambulatorial sem terapias	-
Ambulatorial sem urgência e emergência	-
Consultas e exames eletivos	-
Plano ambulatorial	Ambulatorial
Plano ambulatorial com franquia para emergência	Ambulatorial e hospitalar
Plano Ambulatorial exclusivamente para atendimentos eletivos, com consultas e exames	-
Plano de Consulta médica e SADT	-
Plano de Consultas e Exames em Regime Exclusivamente Ambulatorial	Ambulatorial
Plano de consultas e exames simples	-
Plano de consultas eletivas e exame	-
Plano de consultas médicas e exames simples	-
Plano de consultas médicas e exames simples laboratoriais	-
Plano exclusivamente de consultas	-
Plano exclusivamente de exames	-
Plano para Consultas Eletivas e Exames	-
Plano para Consultas Médicas estritamente Eletivas e Exames	-
Saúde Conectada	Ambulatorial
Só consulta	-

2. ESCOPO DA SOLUÇÃO APRESENTADA: (Definição de o tipo de alternativa está sendo proposta, com detalhes, dentro da sub-segmentação exclusivamente ambulatorial)

- 1. Consultas eletivas e exames. (Operadora de planos de saúde)**
- 2. A proposta é exatamente replicar o modelo atual de cartões de benefícios, direcionado exclusivamente para atendimentos ambulatoriais eletivos. Ou seja, o beneficiário terá opções de combinações dos atendimentos a consultas eletivas nas diversas especialidades existentes, a exames eletivos e/ou terapias eletivas. Será, portanto, um produto de baixo custo, com previsão de coberturas excluídas, sem previsão de qualquer tipo de tratamento seriado (quimio, radio, hemodiálise, por exemplo) e medicamentos, ainda que em regime ambulatorial. (Consultoria)**
- 3. Plano com cobertura apenas de consultas ambulatoriais, nas especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, sem a previsão de procedimentos ambulatoriais, salvo exames de baixa complexidade em nível ambulatorial. (Operadora de planos de saúde)**
- 4. Seria um produto com cobertura somente para :**
 - a) consultas nas especialidades reconhecidas pelo CFM,
 - b) consulta de psicologia ,
 - c) consulta com nutricionista,
 - d) consulta com Fonoaudióloga,
 - e) Procedimentos de Patologia clínica de baixo custo
 - f) Procedimentos SADT baixo custo (Entidade representativa de prestadores)
- 5. Este plano oferece cobertura exclusiva para atendimentos ambulatoriais, abrangendo consultas, exames, e procedimentos realizados exclusivamente em ambiente ambulatorial. O escopo exclui procedimentos ou internações que exijam atendimento hospitalar, bem como, coberturas odontológicas. (Operadora de planos de saúde)**
- 6. Seria um produto com cobertura somente para :**
 - a) consultas nas especialidades reconhecidas pelo CFM,
 - b) Procedimentos de SADT ambulatorial de baixo custo. (Operadora de planos de saúde)
- 7. Consultas médicas não abrangendo outros Profissionais de Saúde. (Operadora de planos de saúde)**
- 8. Plano com cobertura apenas de consultas ambulatoriais, nas especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, sem a previsão de procedimentos ambulatoriais, salvo exames de baixa complexidade em nível ambulatorial. (Operadora de planos de saúde)**
- 12. Plano com garantia de consultas eletivas e exames simples (de baixo custo), ou outra combinação restrita as coberturas ambulatoriais, desvinculado da atual segmentação ambulatorial e com flexibilidade para que as operadoras possam realizar customizações de acordo com o público-alvo e necessidades que podem ser avaliadas considerando a faixa etária, a região, a rede disponível, dentre outras, assegurando a livre negociação entre as partes. (Entidade representativa de operadoras)**
- 13. Plano com garantia para consultas eletivas, exames (simples e/ou de alta complexidade), terapias, ou a combinação de cada um deles , desvinculado da atual segmentação ambulatorial e com flexibilidade para que as operadoras customizem a oferta de acordo com o público-alvo faixa etária, área de comercialização, abrangência geografia, rede disponível, dentre outros. (Operadora de planos de saúde)**
- 14. Sem alteração quanto às coberturas atualmente garantidas por Lei para os planos ambulatoriais, com rediscussão apenas da Consu 13/98. (Interessado no tema)**

Resumo:

As contribuições foram em diversos sentidos, mas, a lógica predominante parece ser a de oferta de um plano ambulatorial com a exclusão de terapias avançadas, TEA e TGD, urgência e emergência, tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral e procedimentos que hoje estão previstos para hospital dia no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS.

3. COBERTURAS OBRIGATÓRIAS: (Detalhar os tipos de cobertura obrigatória prevista na solução proposta)

1. Exclusivamente consultas médicas eletivas e exames. (Operadora)

2. A solução proposta inclui coberturas obrigatórias para consultas médicas remotas com generalistas e especialistas, acompanhamento de condições crônicas, serviços de saúde mental com psicólogos e psiquiatras, suporte multidisciplinar com nutricionistas, fisioterapeutas e enfermeiros, orientação ambulatorial de emergência para triagem e primeiros cuidados em condições de baixa complexidade, além de telemonitoramento com orientações preventivas e intervenções para a manutenção da saúde e prevenção de complicações. (Entidade representativa dos prestadores)

3. Exclusivamente consultas médicas eletivas e exames. (Operadora de planos de saúde)

4. Apenas Consultas e exames simples. (Operadora de planos de saúde)

5. Consultas médicas ambulatoriais eletivas no regime presencial e por telemedicina nas especialidades médicas básicas, conforme definição de Portaria do Ministério da Saúde abarcada pelo CFM, e presencial ou por telemedicina para as especialidades médicas estratégicas e exames realizados em regime ambulatorial que não se enquadrem nas exclusões de cobertura.

A oferta da cobertura se dará em um sistema de referência e contra referência, com foco na Atenção Primária, sendo certo que para acessar as especialidades é necessário o encaminhamento pela clínica básica.

Será facultado às Operadoras a oferta de coberturas não hospitalares adicionais às obrigatorias. (Entidade representativa de operadoras)

6. Para que o desenho fique sustentável, o detalhamento teria que levar em conta a incidência de cada procedimento, os custos, etc. (Cidadão)

7. Considerando que proposta visa apenas o fornecimento de consultas e exames (a serem definidos), não sendo, portanto, um plano de saúde por não assegurar o atendimento de urgência e emergência e não respeitar as regras da Lei 9656/98, sugerimos que o consumidor tenha direito ao atendimento de consultas, em algumas especialidades, sem necessidade de marcação prévia.

Objetiva-se que o consumidor obtenha um pronto atendimento nas hipóteses em que o aguardo de data para consulta pode agravar o estado de saúde do paciente, a exemplo, atendimento pediátrico onde a criança com febre não pode aguardar para receber um diagnóstico. Nesse sentido, especialidades como clínico geral, otorrino, pediatria, cardiologista, ginecologistas, dentre outros, devem ter pronto atendimento garantido. (Órgão de defesa do consumidor)

8. As coberturas previstas na Lei 9.656/98, quais sejam a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; e com a garantia de cobertura de atendimentos de emergência/urgência. (Interessado no tema)

9. Atendimento exclusivo para consultas e exames eletivos em regime ambulatorial. (Operadora de planos de saúde)

10. Produto modular com consultas eletivas nas diversas especialidades existentes, a exames eletivos e terapias eletivas. Há, portanto, previsão do acompanhamento de pré-natal.

Exemplos de combinações:

Consultas eletivas

Consultas eletivas + exames simples

Consultas eletivas + exames simples + exames especiais

Consultas eletivas + exames simples + exames especiais + terapias (Consultoria)

11. Cobertura obrigatória (nova segmentação de cobertura – Consultas e procedimentos ambulatoriais de baixo custo de SADT laboratoriais e de imagem:
Consultas reguladas pelo CFM
Consulta de psicologia ,
Consulta com nutricionista,
Consulta com Fonoaudióloga,
Procedimentos de Patologia clínica de baixo custo
Rx ambulatorial
Exames laboratoriais baixo custo
ECG
EEG
Colposcopia
Mamografia (Entidade representativa de prestadores)

12. Atendimento de urgência limitada a 12h

Consultas em consultórios ou clínicas
Exames laboratoriais e de imagem que não demandem ambiente hospitalar
Procedimentos ambulatoriais (pequenas cirurgias e terapias realizadas em consultório) (Operadora de planos de saúde)

13. Cobertura obrigatória (nova segmentação de cobertura – Consultas e procedimentos de baixo custo de SADT laboratoriais e de imagem:

- a) Consultas reguladas pelo CFM
- b) Procedimentos de Patologia clínica de baixo custo
- c) Procedimentos de radiologia de baixo custo ambulatorial
- d) Métodos gráficos ambulatoriais (Holter, Mapa, ESG)
- e) Check up por idade (Operadora de planos de saúde)

14. A cobertura obrigatória deveria incluir consultas médicas eletivas e ambulatoriais, dentro das especialidades reconhecidas pelo CFM, exames laboratoriais de baixa complexidade, realizados em regime ambulatorial, voltados para diagnóstico de doenças de alta prevalência na população brasileira (por exemplo, hipertensão, diabetes e dislipidemia) e relacionados à saúde da mulher e do homem ou outra combinação restrita às coberturas ambulatoriais. (Entidade representativa de operadoras)

15. Cada sub-segmentação deverá especificar as coberturas obrigatórias, deve ser facultado às operadoras ampliarem as coberturas dentro da segmentação, condicionada à prestação da informação com total transparência e clareza. (Operadora de planos de saúde)

Resumo:

A presente questão é um aprofundamento do item anterior, porém como o material foi elaborado por outra diretoria, parece-nos adequado a oitiva da DIGES.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURAS: (Indicar todas as exclusões de cobertura à alternativa proposta)

1. urgência e emergência, terapias oncológicas, imunobiológicos, Terapias Especiais (TEA e TGD) e outros procedimentos terapêuticos e seriados. Como esse plano teria a cobertura mínima de Consultas Eletivas e Exames, as operadoras irão concorrer podendo oferecer outros serviços agregados, de acordo com os devidos perfis. O mercado se regulará, aumentando a competitividade. (Operadora de planos de saúde)

2. As exclusões de cobertura para a solução proposta incluem atendimentos de emergência e urgência de alta complexidade que exigem intervenção presencial imediata, procedimentos cirúrgicos, exames laboratoriais e de imagem de alta complexidade, tratamentos de reabilitação intensiva e fisioterapia presencial, internações hospitalares, consultas e terapias especializadas que necessitem de

equipamentos ou infraestrutura específica, além de medicamentos e tratamentos fornecidos exclusivamente em ambiente hospitalar. (Entidade representativa de prestadores)

3. Sem cobertura para terapias (simples ou especiais) e tratamentos oncológicos, cirurgias ambulatoriais, qualquer tipo de atendimento em urgência e emergência (CONSU n. 13/98) e, obviamente, internações. (Operadora de planos de saúde)

4. Excluem-se todo e qualquer atendimento ou procedimento realizado em ambiente hospitalar, atendimentos de urgência/emergência, Exames de natureza invasiva ou que exijam qualquer tipo de sedação, todo e qualquer tipo de terapia (latu sensu), todo e qualquer tipo de medicamento, órtese, prótese, curativo ou insumo médico hospitalar. (Entidade representativa de operadoras)

5. A cobertura para planos ambulatoriais deverá excluir atendimento de Urgência e Emergência, atendimentos eletivos de terapias e consultas sequenciais, toda a parte de procedimentos, tratamentos e medicamentos. Há de se avaliar até sobre a obrigatoriedade de atendimento a todas as especialidades, visto que no mercado as empresas que atuam em cartões de desconto optam até mesmo por quais especialidades vão ou não abranger dentro dos seus serviços. O atendimento de urgência e emergência, além do custo sem previsibilidade, ainda ocasiona em questões delicadas de retirar o cliente de um hospital se necessária uma internação, gerando riscos não só financeiros, mas também de imagem e reputação para as operadoras. (Operadora de planos de saúde)

6. Procedimentos Ambulatoriais;

- Tratamento relacionados à oncologia (quimioterapia, radoterapia, medicações domiciliares);
- Consultas de Urgência e Emergência bem como taxas de sala;
- Remoção para outros estabelecimentos de saúde;
- Qualquer tipo de reembolso (Operadora de planos de saúde)

7. Tudo que não compreende consultas médicas eletivas e exames. (Operadora de planos de saúde)

8. Atendimentos em internamento e urgência e emergência. (Operadora de planos de saúde)

9. Exclusão de: tratamentos seriados, medicamentos, ainda que em regime ambulatorial; eventos de urgência e emergência, nem mesmo nas primeiras 12 horas de atendimento; eventos de internação, parto e primeiros dias do recém-nascido. (Consultoria)

10. Restante dos exames de Imagem dos grupos tomografias, Ressonâncias , Oscopias, ultrassonografias .

Exames laboratoriais alto custo , exames de genética.

Exames do grupo métodos gráficos (Eletroneuromiografia, Eletroencefalograma, Holter, Mapa, e demais)

Procedimentos ambulatoriais não colocados nas inclusões , procedimentos internados

Consulta em Pronto socorro; (atendimento em Pronto Socorro);

Internação

Todos os procedimentos de regime Hospitalar (Entidade representativa de prestadores)

11. urgência emergência, terapias oncológicas, imunologia, terapias especiais (TEA E TGD) (Operadora de planos de saúde)

12. Internações hospitalares de modo geral (eletivo e de urgência) (Operadora de planos de saúde)

13. Consulta em Pronto socorro; (atendimento em Pronto Socorro) e hospital;

Restante dos exames de Imagem dos grupos tomografias, Ressonâncias , Oscopias, ultrassonografias .

Exames laboratoriais alto custo , exames de genética.

Procedimentos ambulatoriais não colocados nas inclusões , procedimentos internados

Quimioterapia e radioterapia

Hemodiálise

Internações (Operadora de planos de saúde)

14. Urgência e emergência, tratamento de outros profissionais de Saúde, outras Terapias (Operadora de planos de saúde)

15. Depende do cenário, deve ser sem urgência e emergência em hospital, deve ser sem terapias

multidisciplinares e deve ser com retiradas de procedimentos de alto custo. (Operadora de planos de saúde)

16. Estão excluídos na cobertura de consultas e exames simples os seguintes atendimentos:

- Atendimentos de urgência e emergência;
- Consultas, pareceres e atendimentos intra-hospitalares;
- Acompanhamento pré-natal e sessões de planejamento familiar;
- Exames de imagem e alta complexidade;
- Exames em regime hospitalar e exames com contraste e sedação;
- Exames para fins cirúrgicos;
- Cirurgias ambulatoriais e cirurgias e procedimentos em regime de hospital-dia;
- Consultas e sessões de terapias com profissionais não médicos, ambulatoriais ou hospitalares (por exemplo nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstetra e obstetriz);
- Procedimentos de reeducação e reabilitação física (realizados por fisiatras ou fisioterapeutas);
- Consultas admissionais, periódicas e demissionais e exames para fins trabalhistas;
- Medicamentos (por exemplo, quimioterápicos e medicamentos de suporte e para efeitos adversos, medicamentos antineoplásicos orais de uso domiciliar, imunobiológicos, infiltrações etc.);
- Órteses, próteses, materiais de ostomia, curativos e insumos médico-hospitalares;
- Hemodiálise e diálise peritoneal,
- Hemoterapia;
- Procedimentos com anestesia;
- Embolizações;
- Remoções. (Entidade representativa de operadoras)

Resumo:

A presente questão é um aprofundamento do item 2, porém como o material foi elaborado por outra diretoria, parece-nos adequado a oitiva da DIGES.

5. TIPO DE CONTRATAÇÃO: (Quais os tipos de contratação: coletivo por adesão, coletivo empresarial, individual/familiar e a definição de elegibilidade para a adesão ao tipo de solução proposto)

1. Todos (Operadora de planos de saúde)

2. Entendemos que a nova segmentação deve ser apenas para planos individuais/familiares. (Operadora de planos de saúde)

3. O plano ambulatorial, com a garantia de cobertura prevista no inciso I do artigo 12 da Lei 9.656/98 pode ser ofertado em todos os tipos de contratação, garantindo ao beneficiário de planos coletivos proteções como pool de risco para reajuste e publicação de normas infralegais que evitem rescisões unilaterais abusivas. (Interessado no tema)

4. Somente coletivo empresarial. (Operadora de planos de saúde)

5. Aplicável a todos os tipos de contratação com suas definições atuais de elegibilidade para a adesão. (Consultoria)

6. Coletivo por adesão e Coletivo empresarial - Elegibilidade definida por requisitos específicos para cada tipo de contratação. (Operadora de planos de saúde)

7. Individual e empresarial. (Operadora de planos de saúde)

Resumo:

Apesar de terem sido indicadas diversas opções e combinações, boa parte das contribuições opinou no sentido de serem acolhidos todos os tipos de contratação, ou seja, individual/familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial.

6. ÁREA DE COBERTURA: (Informar se o atendimento será nacional, estadual, grupo de estados, municipais, grupos de municípios ou específicos em prestadores x, y, z)

1. Todas, conforme registro do plano na ANS. (Operadora de planos de saúde)
2. Regras de área de abrangência de atendimento também não deveriam entrar na concepção do desenho de um produto ambulatorial. (Operadora de planos de saúde)
3. A critério das operadoras que comercializem, desde que o plano ambulatorial tenha a garantia de cobertura prevista no inciso I do artigo 12 da Lei 9.656/98. (Interessado no tema)
4. Municipal - com rede delimitada (Operadora de planos de saúde)
5. Atendimento Nacional (Operadora de planos de saúde)
6. Grupo de municípios (Operadora de planos de saúde)
7. Estadual, grupo de estados, grupo de municípios e municipal. (Operadora de planos de saúde)
8. Deve ser possibilitada a ofertada exclusivamente em bairros específicos de determinado município, como por exemplo na Zona Norte do Município de São Paulo. (Operadora de planos de saúde)

Resumo:

Não obstante terem sido indicadas diversas opções e combinações das contribuições, inclusive com a indicação de bairros específicos, a maioria opinou no sentido de serem acolhidos todas as áreas de cobertura, ou seja, municipal, grupos de municípios, estadual, grupos de estados e nacional.

7. OUTRAS INFORMAÇÕES CONTRATUAIS DE RELEVÂNCIA: (Informar sobre forma de atendimento por rede ou reembolso ou qualquer outra modalidade, forma de pagamento, forma de ingresso, reajustes, vigência, cancelamento, dentre outras informações que comporão a alternativa proposta e que sejam de relevância sob a ótica do beneficiário, do prestador e das informações mínimas orientadas sob o escopo do Código de Defesa do Consumidor)

1. Não há qualquer diferença contratual por se tratar de plano exclusivamente para Consultas Eletivas e Exames. (Operadora de planos de saúde)
- 2 . Forma de Atendimento: O atendimento será realizado prioritariamente através de uma rede credenciada de prestadores de serviços de telemedicina. Em casos excepcionais, poderá haver a opção de reembolso para consultas realizadas fora da rede, desde que previamente autorizadas e dentro dos limites do plano.

Forma de Ingresso: A adesão ao plano poderá ser realizada por meio de canais digitais da operadora, garantindo agilidade no processo. Beneficiários já vinculados podem solicitar a inclusão do atendimento remoto diretamente pelo portal do cliente.

Reajustes: Os reajustes seguem os índices regulatórios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e serão aplicados conforme periodicidade e regras vigentes para cada tipo de plano. (Entidade representativa de prestadores)

3. A operadora poderá definir para o plano de consultas e exames simples atendimento exclusivo na rede própria e não haverá previsão de reembolso nem livre escolha. Os atendimentos serão disponibilizados em até 10 dias úteis, mediante agendamento prévio, com previsão de mecanismo de regulação financeira; o pagamento da contraprestação e coparticipação ou franquia deverá ser mensal, com prazo mínimo de 12 meses de duração do contrato, podendo ser prorrogável. O índice de reajuste será definido em contrato, qual seja, IPCA. (Operadora de planos de saúde)

4. A forma de atendimento poderá ser por rede ou reembolso ou qualquer outra modalidade e a forma de pagamento será em regime pré, pós ou misto.

Para contratos individuais ou familiares o reajuste será apurado pela operadora em formato de pool ou agrupamento que inclua todos os contratos comercializados neste tipo de contratação.

Todas as situações relevantes mencionadas acima seguindo os moldes atuais dos produtos já existentes, como carências, mecanismo financeiro de regulação e condições de acesso. (Entidade representativa de operadoras)

- 5. •** Como compatibilizar a CONSU 13 com o plano exclusivamente ambulatorial – casos de urgência;
- Prejuízo para o mutualismo se não houver mudanças de normas atualmente em vigor;
 - Possibilidade de ampliação de acesso, mas pode criar concorrência para os próprios planos da operadora ofertante;
 - Pool de risco com reajuste por agrupamento? Isso ajudaria com o mutualismo?
 - Riscos da judicialização devem ser considerados. Como as operadoras que possuem planos exclusivamente ambulatoriais tem sido acionada judicialmente?
 - Regras de carência e CPT deveriam ser mais rígidas para ampliação para produto completo – o que não é oferecido no plano de origem?
 - Regras de portabilidade específica para casos de ampliação para produto completo;
 - Deve-se ser efetuada uma avaliação criteriosa quanto às regras que podem afetar o mutualismo;
 - Seria interessante que a ANS fosse mais direta quanto à cobertura dos planos exclusivamente ambulatoriais, em norma específica;
 - A regra de percentual deveria ser flexibilizada nessa modalidade, principalmente em casos de modelos franquia: Regras de coparticipação deveria ser diferente do modelo dos planos completos. Os cartões de desconto hoje atuam em uma lógica inversamente proporcional ao plano de saúde, com mensalidades bem baixas e valores pagos ao prestador cujo desconto é de 20% a 70%. (Operadora de planos de saúde)

6. Os consumidores têm direitos básicos garantidos, dentre outros, o direito à informação adequada e clara sobre os produtos e serviços, nos termos do artigo 6º, III do Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

E, mais, o artigo 31 do CDC, também assegura aos consumidores o direito à informação, determinado que “a oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas”.

Nesse sentido, sugerimos que o contrato tenha um sumário destacando as principais informações, exemplo:

- Esse produto é um plano de saúde? Não. Porque você terá direito apenas a consultas e exames de baixa complexidade.
- As consultas contemplam todas as especialidades médicas Sim.
- As consultas são oferecidas por rede credenciada ou rede própria?
- Tenho direito a reembolso quando utilizar médico particular?
- Qual valor do reembolso?
- Todos os exames serão cobertos ?
- Quais são os exames cobertos?
- Área de cobertura
- Vigência do contrato Contrato de trato sucessivo (especificar)
- O contrato pode ser cancelado? Em quais hipóteses?
- Quantos tempo posso ficar inadimplente antes do cancelamento? (Órgão de defesa do consumidor)

7. Sem prejuízo à necessária proteção ao contrato de plano de saúde como hoje ele é conhecido e regulado pela Lei 9.656/98, na eventualidade de a agência regular os cartões de desconto, é necessário que o regramento sobre estes e quaisquer outros produtos de saúde se atente às determinações do Código de Defesa do Consumidor e contenha o alerta expresso de outros produtos não são planos de saúde. Além disso, não só no contrato, mas também os materiais publicitários, devem indicar (i) quais as especialidades médicas cobertas, (ii) quais as consultas ofertadas, (iii) se os serviços são ofertados em rede própria ou não, (iv) se o contrato admitirá reembolso ou não, (v) quais exames e procedimentos serão cobertos, (vi) período de vigência do contrato, dentro outros. (Órgão de defesa do consumidor)

8. Reajuste: CE - não participar do agrupamento; Todos os tipos de contratação serem reajustados por VCMH, Pagamento poderá ser anual no cartão de crédito, aplicando-se um desconto nesta modalidade e Reajuste por faixa etária aplicado no aniversário do contrato. (Operadora de planos de saúde)

9. Manter as condições já existentes, em especial com relação às carências e CPT. (Operadora de planos de saúde)

10. Considerando o conceito de cartão de benefícios, as regras para essa segmentação podem ser estruturadas com base em contratos de seguros.

Forma de atendimento: apenas rede credenciada

Forma de pagamento: pré-pagamento

Forma de ingresso: compra por meio de corretores ou on-line

Reajustes: seguindo as mesmas métricas dos contratos de plano de saúde (reajuste por sinistralidade e financeiro), com as devidas adequações de limite técnico. Não figurará os agrupamentos de contratos definidos pela regulamentação vigente, podendo a operadora criar agrupamentos internos por critérios técnico atuariais

Vigência: flexível e modular, como em contratos de seguros pois não pressupõe tratamentos de alto custo e longa permanência. Nesse tipo de vigência também deveria ser permitido preços distintos para cada vigência preestabelecida.

Cancelamento: possibilidade de cancelamento unilateral (uma vez que o produto não terá coberturas de tratamentos seriados, para doenças crônicas e de longa permanência) e demais previsões de cancelamento por fraude e inadimplência já previstas nas normativas atuais

Outros: descrição clara das coberturas incluídas e excluídas; produto não aplicável para fins da RN 488 (demitidos e aposentados) (Consultoria)

11. Lembrando que devemos estabelecer um nova política de portabilidade e carências específicas, bem como resarcimento ao SUS sobre forma de atendimento - por rede ou reembolso ou qualquer outra modalidade, forma de pagamento, forma de ingresso, reajustes, vigência, cancelamento, dentre outras informações que comporão a alternativa proposta e que sejam de relevância sob a ótica do beneficiário, do prestador e das informações mínimas orientadas sob o escopo do Código de Defesa do Consumidor).

- Forma de atendimento: rede ou reembolso ou teleconsulta
- Comercialização 100% digital
- Forma de pagamento: misto. Pré pagamento de uma parte como taxa de administração e pós pagamento na utilização dos procedimentos;
- Reajuste: acordado com a características global; Somente para essa categoria, não pode ser incluído no formato dos outros reajustes. Conforme Pool de produtos ambulatoriais restritos.
- Vigência: imediata
- Cancelamento: imediato
- Incluir descontos para a realização de consultas e outros exames conforme tabela
- Verificar a questão de resarcimento sus
- Portabilidade de carência específica, somente para as coberturas contratadas (Entidade representativa de prestadores)

12. Atendimento preferencialmente por rede credenciada;

- Reembolso disponível para atendimentos ambulatoriais quando realizado fora da rede, se comprovado ausência de rede credenciada;
- Pagamento mensal com reajuste anual conforme normas da ANS;

- Vigência contratual e possibilidade de cancelamento com aviso prévio;
- Transparência quanto ao escopo de cobertura e limites para evitar conflitos, conforme orientações do Código de Defesa do Consumidor. (Operadora de Planos de Saúde)

13. Comercialização 100% digital

Forma de pagamento: misto. Pré-pagamento de uma parte como taxa de administração e pós-pagamento na utilização dos procedimentos;

Co participativo: sim ou não

Reajuste: somente para essa categoria, não pode ser incluído no formato dos outros reajustes, ter um Pool específico para esses produtos ambulatórios restritos.

Vigência: imediata

Cancelamento: imediato

Incluir descontos para a realização de consultas e outros exames conforme tabela

Portabilidade de carência específica, somente para as coberturas contratadas. (Operadora de Planos de Saúde)

14. Mesmas regras atualmente praticadas nos planos completos, no entanto, no caso de reajuste do plano individual e no reajuste do pool de risco, ideal ter análise apartada. (Operadora de Planos de Saúde)

15. Como já mencionado nas respostas 5 e 6, para que haja competitividade é imprescindível que haja liberdade para que as operadoras avaliem e negociem com os contratantes os produtos que atendem suas necessidades, desde que respeitadas exigências mínimas impostas pelo regulador e previstas em contrato. À lista informada na questão, devem ser acrescentados os mecanismos de regulação financeira – coparticipação e franquia. Por ser um plano de baixo risco poderia ser dispensada a apresentação de NTRP. (Entidade representativa de operadoras)

16. Deve ser possibilitada a oferta do plano sub-segmentado nas mesmas condições dos demais planos, inclusive com relação a mecanismos de regulação financeira. (Operadora de Planos de Saúde)

Resumo:

Na presente questão foram apresentados diversos cenários, não necessariamente compatíveis entre si, porém, como o material foi elaborado por outra diretoria, parece-nos adequado a oitiva da DIGES.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1. Após o processo de Tomada Pública de Subsídios - TPS, foram obtidos subsídios a partir das contribuições recebidas que podem aprimorar a proposta, sendo que o acatamento ou não será realizado no processo administrativo de *Sandbox Regulatório*, sendo que este Relatório traz, assim, um resumo das participações da sociedade com a consolidação das principais contribuições recebidas por meio da TPS nº 05. A íntegra de todas as contribuições recebidas, estão dispostos nas planilhas elaboradas pela Diretoria de Gestão - DIGES (30936807, 30936812 e 30966237).

4.2. Por todo o exposto, de modo a contribuir para indução de boas práticas regulatória, sugerimos o encaminhamento do feito ao Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos para, posteriormente, submeter a aprovação da Diretoria Colegiada - DICOL o presente Relatório de Tomada Pública de Subsídios.

4.3. São essas as considerações. À disposição para eventuais esclarecimentos adicionais que se demonstrem necessários.

É o relatório.

Rio de Janeiro, na data da assinatura eletrônica.

1. Junto com os órgão de defesa do consumidor foi incluída a contribuição do Grupo/Associação/Organização de Pacientes.

2. No grupo outros foram incluídos os interessados no tema, a Empresa/Indústria e "outros".

3. Foram apresentadas 14 respostas repetidas.

4. A entidade classificou a sua resposta como "sim", mas, como na justificativa ela explica que concorda apenas em parte a sua resposta foi reclassificada para "em parte".
5. Foram apresentadas 09 respostas repetidas.
6. Apesar de estar vazio o campo relativo ao questionamento, algumas entidades apresentaram justificação, razão pela qual a transcrevemos.



Documento assinado eletronicamente por **LUIZ RICARDO TRINDADE BACELLAR, Assessor(a)**
Normativo da DIPRO, em 28/01/2025, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **31521613** e o código CRC
1EDB0751.

Referência: Processo nº 33910.027391/2024-81

SEI nº 31521613