



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9º andar

Ofício nº 60-GS/SAS

Brasília, 18 de janeiro de 2017.

Ao Senhor

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

Diretor Presidente da Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 - Glória

20021-040 – Rio de Janeiro/RJ

Assunto: Proposta de Plano de Saúde Acessível.

Senhor Diretor-Presidente,

1. Submeto à elevada consideração de Vossa Senhoria as propostas formuladas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 1.482/GM/MS, de 4 de agosto de 2016, que pretende viabilizar a criação de um plano de saúde mais acessível à população brasileira.
2. Inicialmente, cumpre destacar que a crise econômica que o país atravessa ao longo dos últimos três anos tem impactado diretamente no mercado de trabalho. Em agosto do ano de 2016, o desemprego aberto atingiu 12 milhões de pessoas. Atualmente cerca de 80% dos vínculos ativos de planos de saúde se concentram nos planos de saúde coletivos (por adesão ou empresarial), assim, o mau desempenho do mercado de trabalho afeta diretamente o mercado de saúde suplementar.
3. Dados levantados pela Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde alarmam que a redução de beneficiários em planos médico-hospitalares, especificamente, em doze meses, foi de 3,05% chegando a 48,6 milhões de beneficiários em junho de 2016. Nesse mesmo levantamento constatou-se que em junho de 2015 o número de beneficiários era superior a 50 milhões.
4. Como se vê, a redução da massa segurada eleva as despesas per capita das operadoras e impacta na precificação do produto, o que dificulta ainda mais o acesso da população à saúde suplementar.

5. Diante do quadro apresentado, durante 60 dias, mais de 20 instituições vinculadas à Saúde Suplementar, aos Órgãos de Defesa do Consumidor e ao Ministério da Saúde debateram o tema com o intuito de ofertar planos mais acessíveis, com atendimento direcionado para as reais necessidades dos cidadãos brasileiros.

6. Nesse contexto, foram apresentadas três propostas que tiveram como base os seguintes norteadores:

- Rede hierarquizada (com direcionamento): incentivo ao cuidado primário, com acesso inicial obrigatório via médico da família ou de atenção primária, escolhido pelo beneficiário entre os designados pela operadora. Caberá a este profissional (clínico geral, ginecologista e pediatra) fazer o acompanhamento e todos os encaminhamentos do beneficiário na rede;
- Fator moderador (coparticipação): aumento da coparticipação, fazendo com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua saúde. Para tanto, é preciso simplificar as regras atuais e rever normativos desta Agência Reguladora, no intuito de que a coparticipação possa atingir ao menos 50% do valor do procedimento;
- Protocolos Clínicos Definidos: adoção de protocolos clínicos objetivos, de uso obrigatório e que não devem ser diferentes daqueles adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O dispositivo garante a segurança do paciente, orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento;
- Recomposição de preços com base em planilhas de custo: o plano acessível de contratação individual deve ter regra de reajuste diferente da adotada atualmente pela ANS, permitindo à operadora recompor o aumento do custo;
- Obrigatoriedade da segunda opinião médica (alta complexidade): A obrigatoriedade de segunda opinião médica, nos casos de maior complexidade, garantirá que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais e evitará o uso desnecessário de recursos, evitando desperdícios;
- Revisão dos prazos de atendimento: prazo de 7 (sete) dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). Para as demais especialidades, sugere-se alongar de 14 (quatorze) para 30 (trinta) dias. Para cirurgias eletivas e programadas, sugere-se a alteração de 21 (vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias;
- Canal digital de comunicação: implementação de canais digitais de comunicação com o intuito de reduzir desperdícios em processos administrativos e operacionais. Assim, tanto a venda, quanto o pagamento, os extratos e os orientadores de rede assistencial estariam disponíveis para todos, preferencialmente via internet;
- Plano Regionalizado: cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município. Consiste, então, no credenciamento dos serviços existentes na região que serão disponibilizados aos beneficiários de acordo com capacidade operacional do município. Para este produto é necessária a flexibilização do Rol de procedimentos da ANS.

7. As três propostas são as seguintes:

- **Plano Simplificado:** cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia. Por meio do Plano Simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas.
- **Plano Ambulatorial + hospitalar:** cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.
- **Plano em Regime Misto de Pagamento:** oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.

8. Pelo exposto, detalhadas neste ofício as propostas formuladas pelo Grupo de Trabalho, cumpre-me submetê-las à avaliação dessa Agência Reguladora, para manifestação acerca da viabilidade técnica.

9. Após a manifestação em comento, as propostas serão encaminhadas à Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, para análise da viabilidade jurídica.

Atenciosamente,

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

Secretário de Atenção à Saúde