

NOTA TÉCNICA Nº 15/2017

Brasília, 20 de março de 2017.

ÁREA: SAÚDE

TÍTULO: **A proposta dos planos populares de Saúde na ótica municipalista**

REFERÊNCIAS: Lei 9.656/1998, ADI 1931/2004, Portaria 1.482/2016 e Ofício nº 60-GS/SAS.

Governo cria grupo de trabalho para elaborar projeto de plano de saúde popular (EBC), Os planos de saúde "populares" e a lógica da segregação (Carta Capital), Plano Popular de Saúde prevê ao menos 50% de coparticipação (O Globo).

1. Introdução

O Ministério da Saúde encaminhou, em janeiro/2017, à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as propostas do grupo de trabalho, instituído pela Portaria 1.482/2016, para discussão do projeto de *Plano de Saúde Acessível*. A proposta aborda "princípios norteadores" e, em tese, limitam-se à nova categoria a ser criada, batizada de "planos populares".

Esse movimento e encaminhamento tem como objeto a criação de um novo formato de plano de saúde, com cobertura mais restrita e preços mais baixos se comparados aos atualmente existentes. Essas sugestões permitirão regras mais flexíveis para aumento de mensalidades, restringirão o acesso a procedimentos mais caros e ampliarão o prazo para que operadores providenciem o atendimento a seus consumidores. Caberá à ANS a palavra final sobre as mudanças.

Os principais agentes formuladores dessas propostas são os representantes de empresas de saúde, algumas associações médicas e de seguro.

2. Sugestões do GT do Ministério da Saúde

No documento de três páginas, o grupo de trabalho lista uma série de princípios gerais. Entre as regras previstas:

(1) Está a obrigatoriedade de uma segunda opinião médica para que o usuário tenha acesso a procedimentos considerados de alta complexidade;

- (2) Consultas de especialidades, que não sejam pediatria, cirurgia geral, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, serão marcadas em até 30 dias depois da procura do paciente;
- (3) Com relação às regras de acesso a procedimentos obrigatórios, formulado pela ANS, os usuários de planos de saúde teriam direito a tratamentos e terapias descritos em protocolos idênticos aos adotados no Sistema Único de Saúde;
- (4) O usuário arcará com, pelo menos, 50% do valor do procedimento, seja ele terapia ou exame de diagnóstico;
- (5) O acesso inicial à rede se daria por meio de um médico de família ou de atenção primária. Caberia a esse profissional fazer o acompanhamento e os encaminhamentos necessários para profissionais especializados. Haveria ainda planos regionalizados, com cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no Município.

A proposta prevê ainda que planos de saúde acessíveis, ou seja, menos onerosos do que os praticados atualmente pelo mercado tenham uma lógica de reajuste distinta dos demais planos. Atualmente, planos de saúde individuais são reajustados com base em uma média de preços cobrados nos planos de saúde coletivos. O texto enviado pelo grupo à ANS defende que o reajuste seja feito com base em uma planilha de custo.

Assim a proposta concentra 3 tipos de planos populares: o **simplificado**, com cobertura específica para atenção primária e serviços de baixa e média complexidade. Usuários que fizerem a adesão a esse tipo de plano não teriam direito à internação, terapias, exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência.

A segunda modalidade prevista é de **plano ambulatorial combinado com plano hospitalar**. Nesse formato, usuário teria acesso à atenção primária, especializada, de média e alta complexidade. Antes de ter acesso a um atendimento especializado, o paciente teria que passar obrigatoriamente por uma avaliação de um médico de família ou de atenção primária. O acesso aos serviços especializados, no entanto, seria feito de acordo com a disponibilidade da infraestrutura do Município.

A terceira modalidade, o **plano misto de pagamento**, o serviço seria feito de uma contraprestação do usuário. O consumidor ficaria responsável pelo pagamento de valores previstos em contrato.

3. Análise da CNM

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) segmentou as principais propostas no sentido analisar sob a perspectiva municipalista acerca do impacto das mesmas nos gestores locais.

Entidades como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Pediatria, Rede Unida, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e ao Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) marcaram posição contrária à proposta.

a) Sobre o processo de elaboração das propostas

Sabe-se que mudanças na Saúde Suplementar (SS) tem reflexos na Saúde Pública. Em última análise, esse tipo de alteração revela a ideia de Política Nacional que a União pretende garantir, não somente aos cidadãos, mas também aos Municípios. Nesse sentido, a CNM entende que o Ministério deveria ter convidado a entidade maior do municipalismo para integrar a mesa e o Grupo de Trabalho. A ausência dos demais atores da Política de Saúde – Estados, Municípios, conselhos de classe, como um todo -, foi alvo de críticas em diversos meios de imprensa.

b) Sobre as propostas

A ideia central das propostas é alterar as exigências mínimas de cobertura hoje vigentes para estimular as empresas operadoras de planos a oferecer produtos mais baratos para a população. O governo argumenta que a medida vai desafogar os serviços públicos e gerar economia de recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

É sobre esse argumento de “desafogamento” que a CNM elaborou sua análise.

Isso porque quando se fala em SUS não se pode afastar disso as diferenças de responsabilidade e de financiamento dos Entes que executam as Políticas de Saúde. Afirmar genericamente que a possibilidade de parte da população contratar planos com menor cobertura e mais baratos não significa diretamente um “desafogamento” das unidades municipais de Saúde face aos problemas de cobertura, acesso e financiamento enfrentados tanto na Atenção Básica quanto na Média e Alta Complexidade.

Segundo alguns especialistas, um plano “acessível financeiramente” remeterá o atendimento mais caro e complexo de volta para o SUS (Carta Capital, 2017). Os Municípios – sejam gestão básica ou plena - já enfrentam um gargalo nas especialidades.

O subfinanciamento, a insipiente política de regionalização e regulação, o desfinanciamento da Saúde tem seus desdobramentos perversos nos Municípios. Segundo o professor da Universidade de São Paulo (USP), Mário Scheffer, o SUS está perdendo capacidade de cirurgias, os grandes hospitais do SUS estão fechando leitos e enfermarias por conta da diminuição de recursos.

Um fenômeno que pode ser agravado diz respeito à judicialização da Saúde que, se aprovada à proposta encaminhada pelo GT à ANS, pode resultar no aumento de conflitos entre operadoras e consumidores fazendo com que estes últimos optem por acionar na Justiça o Ente municipal, já que é o Município quem organiza e executa a Atenção Básica.

Para o professor e pesquisador Carlos Octávio Ocké-Reis, do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), “a clientela da medicina privada utiliza o SUS e vai continuar utilizando. Quando não dá conta no setor privado irá para o SUS sem nenhum tipo de planejamento, de racionalidade”. O economista rebate os cálculos do Ministério que afirmou que o plano acessível permitiria colocar entre R\$ 20 bilhões e R\$ 30 bilhões por ano na Saúde Pública. Segundo Ocké-Reis os números apresentados pelo Ministério não teriam critérios nem metodologia confiável. Ainda segundo o economista essa modalidade de plano pode trazer custos administrativos para o SUS pois vai tornar difusa a racionalidade do público e do privado, onerando o gasto das famílias”.

As mudanças propostas e elencados no item 2 desta Nota Técnica tendem a aumentar o tempo de espera para que o usuário do plano de saúde tenha acesso ao procedimento de maior complexidade, aumentando inclusive a propensão pela busca desse atendimento na Rede Pública, já que há necessidade de uma consulta prévia com um médico de família, especialidade presente principalmente na Atenção Básica Municipal.

4. Considerações finais

A CNM compreende que a qualificação da Política de Saúde é complexa. Nesse contexto, toda e qualquer proposta gestada no Ministério deve inserir no processo de discussão e elaboração o maior número de atores possíveis, especialmente aqueles que têm a responsabilidade pela formulação, operacionalização, execução e avaliação das ações de Saúde. Nesse sentido a participação dos Municípios torna-se imprescindível.

Essa inserção se faz ainda mais necessária a partir da constatação do aumento de responsabilidades – de execução e financiamento – que o Ente municipal sofre em todas as Políticas Sociais ao longo das décadas.

Por menor que possa aparentar uma mudança federal na Saúde Complementar, não há como desconsiderar que terá consequências locais, ou seja, nas cidades, nas prefeituras, na gestão municipal. Nos atuais termos, as propostas do grupo de trabalho do projeto de *Plano de Saúde Acessível*, como veiculadas, não atendem às melhorias necessárias à Saúde. A partir do contexto Municipal, o entendimento da Área Técnica da Saúde da CNM é que os assegurados por esse tipo de plano, recorram ao atendimento nas unidades básicas de saúde, na tentativa de atender o requisito da opinião do médico de família. Nesse ponto, as propostas também repercutem na média complexidade.

O cenário de aumento de pedidos de exames clínicos e de imagem na rede Pública representa outro desdobramento prejudicial aos Municípios já que, mesmo esses assegurados pagarem mensalmente o Plano, está previsto o cofinanciamento de exames. Na ausência da possibilidade de arcar com tal custo adicional, o assegurado, tendo em mãos solicitação de um profissional privado, tende a buscar no SUS a realização de tais procedimentos. Essa situação pode indicar o aumento das filas de regulação e, para os Municípios de pequeno porte, o aumento do número de pessoas e frequência de transporte para realização de procedimentos nas grandes cidades e capitais.

A Tendo como norteadoras até a atual data as propostas do Ofício nº 60-GS/SAS, a CNM se coloca à disposição do Ministério da Saúde e da ANS para participar e discutir, pela ótica municipalista, os desdobramentos dessas propostas.

Referências bibliográficas

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.656/1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Acessado em 08 de março de 2017, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm

Supremo Tribunal Federal. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE Nro 1931/2004. Acessado em 08 de março de 2017, disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=1931&processo=1931>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.482/2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Acessado em 08 de março de 2017, disponível em http://www.lex.com.br/legis_27176258_PORTARIA_N_1482_DE_4_DE_AGOSTO_DE_2016.aspx

Ofício nº 60-GS/SAS

Carta Capital. *Os planos de saúde "populares" e a lógica da segregação*. Acessado em 08 de março de 2017, disponível em <https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/saude-os-planos-da-segregacao>

Empresa Brasileira de Comunicação (EBC). *Governo cria grupo de trabalho para elaborar projeto de plano de saúde popular*. Acessado em 08 de março de 2017, disponível em

<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/governo-cria-grupo-de-trabalho-para-elaborar-projeto-de-plano-de-saude-popular>

O Globo*. Plano Popular de Saúde prevê ao menos 50% de coparticipação*. Acessado em 08 de março de 2017, disponível em <http://oglobo.globo.com/economia/plano-popular-de-saude-preve-ao-menos-50-de-coparticipacao-21028567>

Área Técnica da Saúde

(61) 2101 6005

Apêndice



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 Agência 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, cumpra-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