

ITEM 3-A

PAR-00077083/2017

SIPAR - Ministério da Saúde.

25000 013026/2017-20

Data: 23 / 03 / 2017



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

OFÍCIO Nº 181 /2017/PFDC/MPF

Brasília, 20 de março de 2017

Ao Senhor
RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde - CNS
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" - Edifício Anexo, Ala "B" - 1º andar – Sala 104
70058- 900 Brasília/DF

Assunto: Nota Técnica nº 3/2017/PFDC sobre a proposta de "*Plano de Saúde Acessível*", encaminhada pelo Ministério da Saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

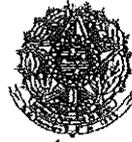
Senhor Presidente,

Encaminho, para conhecimento e divulgação no âmbito dessa Associação, a Nota Técnica nº 3/2017/PFDC, de 20 de março de 2017, que analisa a proposta formulada pelo Grupo de Trabalho instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.482, de 04 de agosto de 2016, encaminhada à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo ofício 60-GS/SAS, de 18 de março de 2017.

Atenciosamente,

DEBORAH DUPRAT

Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

Nota Técnica 03/2017 PFDC, de 20 de março de 2017

Temas: Direito Fundamental à Saúde. Sistema Único de Saúde. Sistema de Saúde Suplementar. Proposta de "Plano de Saúde Acessível".

Ementa: Análise da proposta de "Plano de Saúde Acessível", formulada pelo Grupo de Trabalho instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016 e encaminhado à apreciação de viabilidade técnica para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo ofício 60-GS/SAS, de 18 de março de 2017.

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde encaminhou à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do ofício 60-GS/SAS, de 18 de março de 2017, as propostas formuladas pelo Grupo de Trabalho constituído pela Portaria nº 1.482/GM/MS, que "pretende viabilizar a criação de um plano de saúde mais acessível à população brasileira". O objetivo, em síntese, é a oferta de novos produtos para o mercado da saúde suplementar, basicamente de três espécies: a) **Plano simplificado** para atenção primária, "sem previsão de internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e hospital dia"; b) **Plano ambulatorial e hospitalar:** cobrindo a atenção primária e especializada de média e alta complexidade, cujo acesso exigiria obrigatoriamente a prévia avaliação por médico da família ou de atenção primária, podendo exigir uma segunda avaliação médica "que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento"; c) **Plano em regime misto de pagamento:** que ofereceria "serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial", ficando "sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato".

O propósito claramente enunciado é a desoneração do sistema público de uma parcela dos serviços que atualmente presta, que passariam a ser ofertados pelo setor privado, em tese, com mais eficiência e qualidade.

A primeira e talvez mais relevante característica do sistema público de saúde brasileiro é o seu caráter sistêmico: conjunto de ações e serviços públicos que conformam uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em um sistema único, o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se, portanto, de um sistema, e não de uma política pública isolada ou mesmo de um conjunto de políticas públicas setoriais. O SUS, conforme leciona Jairnilson Paim¹, configura uma macropolítica, "no interior da qual são gestadas inúmeras políticas públicas de grande importância para a vida e para a proteção à saúde".

¹ PAIM, Jairnilson. *A macropolítica de Saúde*. in Revista do Instituto Humanitas Unisinos. Ano 16, n 491, ago/2016. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br>>. Acesso em 01.10.2016.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

Esse Sistema, concebido no contexto da redemocratização do país a partir da contribuição histórica de um movimento legitimamente popular, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, assenta-se na equidade e integralidade da atenção, com participação social e descentralização. E, a despeito de seu crônico subfinanciamento, tem ultrapassado os distintos cenários políticos, econômicos e sociais das últimas três décadas, colecionando sucessos internos e granjeando o reconhecimento internacional, a exemplo do manifestado pelo Banco Mundial que, em estudo de 2013, qualificou o SUS como "*um dos alicerces que contribuiu para o bem-estar social e a melhoria da qualidade de vida da população*"².

O SUS, verdadeiro patrimônio social do povo brasileiro, encontra-se duplamente ameaçado: 1) na perspectiva financeiro-orçamentária, pelas severas reduções dos recursos orçamentários, promovidas, sucessivamente, pela Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015,³ e pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016; 2) na perspectiva estrutural, pela proposta de instituição de "Plano de Saúde Acessível", objeto da presente Nota Técnica.

2 DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE ORIENTAM A ATENÇÃO À À SAÚDE NO SETOR PÚBLICO

O "Plano de Saúde Acessível", que tem por pressuposto pagamento pelo usuário, compromete os princípios da universalidade e equidade no acesso e da integralidade da atenção, eixos axiológicos do SUS. Ao determinar que todos terão acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, a Constituição de 1988 viabilizou a inclusão, na atenção sanitária, de um terço da população rural e urbana brasileira não vinculada ao mercado formal de trabalho. O "Plano de Saúde Acessível", a um só tempo, restringe o conceito de saúde como direito e o amplia como bem, sujeito ao regime da exploração econômica pelos agentes de mercado. Nesse panorama, o SUS pode se converter em mero programa assistencial para pobres e desvalidos. A perda, além da força simbólica que representa no plano da conquista de direitos, atinge mais fortemente esse segmento da população, que verá os serviços a ele prestados decaírem por redução no investimento.

A equidade no acesso aos sistemas de saúde é um paradigma de funcionamento dos mesmos, de caráter global e fundante, mesmo no contexto de países desenvolvidos e de economia liberal, que não padecem dos mesmos níveis de pobreza e de desigualdade social que afligem os países em desenvolvimento do hemisfério sul, como é o caso do Brasil⁴.

O princípio da integralidade na atenção, por sua vez, parte do reconhecimento de que o estado de saúde e bem estar do indivíduo e das populações não resulta unicamente da ausência de doença, mas sim do estado geral de bem estar físico, mental e social⁵. Intimamente relacionado

² BANCO MUNDIAL. 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde. Washington: The World Bank, 2013. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10986/15801>>. Acesso em 04.10.2016.

³ Os artigos 2º e 3º da EC 86/2015 são objeto de impugnação na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5595/DF, proposta pelo Procurador-Geral da República perante o Supremo Tribunal Federal.

⁴ SEN, A. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública. 2002; 11(5/6):302-309. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005>. Acesso em: 05.10.2016.

⁵ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" WHO (World Health Organization) 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva: WHO, 1948.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

com as condicionantes sociais da saúde, afasta-se de abordagens segmentadas e parciais do processo saúde-doença, para propor uma atenção integral que considere simultaneamente todo o espectro da atenção sanitária, com ações preventivas e curativas, com atenção primária, secundária e terciária integradas⁶.

A dissociação da atenção à saúde em componentes, quaisquer que sejam, ambulatorial e hospitalar, primária, secundária ou terciária, preventiva ou curativa, etc, sem a perspectiva integralizadora sistêmica, fragmenta, fragiliza e desfigura o desenho constitucional do SUS, comprometendo o modelo de atenção à saúde nele inscrito.

E, pela proposta ora apresentada, haverá um hiato na prestação da saúde, uma vez que o sistema público continuará a responder por procedimentos de média e alta complexidade, porém sem informação ou controle sobre aquela fatia de ações e serviços básicos que forem transferidos para a iniciativa privada. Para o usuário do sistema, a consequência pode ser o aumento das barreiras ao acesso em ambos os sistemas, público e privado, e aumento das desigualdades, entre segurados e não segurados pelo sistema privado, a despeito de continuarem a compartilhar e concorrer pelos mesmos equipamentos do sistema público, para a média e alta complexidade.

O SUS pressupõe uma lógica sistêmica e integral, enquanto a exploração privada de planos e seguros de saúde possui a lógica da segmentação da assistência e do risco a ser coberto. São, portanto, lógicas distintas e imiscíveis.

3 DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE ORIENTAM A ATENÇÃO À SAÚDE NO SETOR PRIVADO

O princípio da integralidade da atenção à saúde, consagrado no âmbito do sistema público, possui seu correspondente no âmbito da saúde suplementar, consistente na instituição de planos de referência com coberturas mínimas em cada segmento. Essa sempre foi uma das grandes garantias para o consumidor de planos e seguros de saúde, introduzida pela Lei nº 9656/1998, protegendo-o das condições desfavoráveis da assimetria de informação no momento da contratação.

Trata-se de garantia sensivelmente ameaçada pela possibilidade de introdução dos denominados planos de saúde acessíveis, que forçosamente implicarão em maior segmentação dos produtos, sem a garantia de acesso a toda informação relevante no momento da contratação, inclusive pela complexidade das mesmas. De resto, compromete-se grande parte do esforço regulatório e saneador exercido pela ANS nesse mercado de saúde suplementar.

A proposta de "Plano de Saúde Acessível" significa aumento dos gastos em saúde das famílias, sem a garantia da contrapartida de uma ampliação efetiva da cobertura recebida. E, ainda, o cidadão que não puder arcar com tais custos terá que recorrer a um serviço público subfinanciado e estigmatizado como de baixa categoria ou qualidade.

4 DA RELAÇÃO ENTRE SETOR PÚBLICO E SETOR PRIVADO EM SAÚDE NO BRASIL

Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 05.10.2016.

⁶ Nos termos do art. 7º, II, da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) o "atendimento integral" é o "conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade".



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

Como assinalam Faveret e Oliveira, as empresas privadas de serviços de saúde cresceram em um ambiente de estufa⁷. A partir de 1964, o sistema de saúde brasileiro passou a ter caráter assistencial, privilegiando a contratação de serviços privados. A partir de 1978, a opção privatista tornou-se ainda mais clara com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), onde a Previdência Social cobria grande parte do custeio dos serviços privados⁸, enquanto, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)⁹ financiava a expansão da rede privada.

Mesmo na atualidade, o setor público continua a financiar o crescimento do setor privado, contratando e terceirizando serviços de saúde por meio de diversos instrumentos e com os diferentes modelos de terceirização de serviços, a exemplo das organizações sociais¹⁰. Há ainda outras formas indiretas de subsídio do sistema privado pelo setor público, entre os quais as renúncias fiscais, como a do imposto de renda sobre os valores pagos ao setor privado de saúde, e a de tributos incidentes sobre entidades sem fins lucrativos e indústria farmacêutica por meio de seus medicamentos¹¹. Some-se a isso a medicina de grupo nascida a reboque do antigo sistema previdenciário¹² e depois através do seguro-saúde, que se expandiu exponencialmente a partir da universalização do acesso com a Constituição de 1988¹³.

A possibilidade da livre escolha, pelo cidadão, dentre serviços oferecidos pelo sistema público, de caráter universal, e serviços oferecidos pelo setor privado, de caráter

⁷ FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. Planejamento e políticas públicas*, Brasília, n. 3, p. 140, jun. 1990, p. 148.

⁸ "A maior parte das internações realizadas no país era financiada pela Previdência Social, a maioria delas (mais de 90% durante toda a década de 70) sendo comprada aos hospitais privados. Apenas cerca de 16% do total de internações realizadas na segunda metade da década de 70 eram feitas em hospitais públicos. Progressivamente os serviços hospitalares comprados de terceiros vão representando a quase totalidade dos gastos com a assistência médica previdenciária, representando, em média, 90% da despesa geral do INPS no período de 1969 a 1975." (MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 82)

⁹ "Um instrumento importante para concretizar essa política [privatização da assistência médico hospitalar] foi o financiamento público a hospitais privados por intermédio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela lei 6.168, de 9/12/74, [...] empréstimos a juros baixos beneficiaram o setor privado, proporcionando impulso à remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada no eixo Rio-São Paulo." (Ibid., p. 82-83)

¹⁰ Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

¹¹ Segundo dados da Secretaria da Receita Federal (SRF) o total de benefícios tributários à saúde privada são crescentes: 8,6 bilhões de reais em 2003, 14,9 bilhões em 2006, 17,25 bilhões em 2009, 25,4 bilhões em 2013. Para um estudo mais completo dos efeitos da renúncia fiscal sobre o financiamento do SUS, conferir: MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. *Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. Saúde debate*, Jun 2015, vol.39, no.105, p.491-505. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>>. Acesso em: 04.10.2016.

¹² Sobre o crescimento das empresas de medicina privada nesse período, "[...] o setor privado da saúde vai se constituindo por meio de um leque diversificado de vínculos com a Previdência Social via convênios (pré-pagamento) e credenciamentos, que associado ao apoio do governo federal para os investimentos no setor (por meio do FAZ) viabiliza um ritmo acelerado de capitalização, tendo como elementos auxiliares a garantia do mercado (constituído por meio da compra de seus serviços pelo Estado) e a impunidade em termos de qualidade do serviço e prestação de contas para os órgãos financiadores." (COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Cedec, 2001. p. 45.)

¹³ "No sistema público (Sistema Único de Saúde – SUS), uma parcela significativa de serviços é comprada junto a hospitais e clínicas privadas. Com relação ao setor privado, existe uma forte expansão de planos e seguros de saúde que envolvem subsídios indiretos". (RIBEIRO, José Mendes. *Regulação e contratualização no setor saúde*. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI Geraldo (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Instituto de Economia da Unicamp, 2001. p. 420.). "A grande expansão do setor de medicina suplementar no Brasil deu-se no período entre 1987 e 1944, quando houve um crescimento de 73,4% da população coberta pelos benefícios propostos, que passou de 24,4 milhões de segurados para 42,3 milhões. As estimativas existentes apontam, hoje, um contingente de aproximadamente 25% da população total do Brasil na condição de contratantes de planos e seguros de saúde [...]." (SILVA, Joseane Suzart Lopes da. *Planos de saúde e boa-fé objetiva*. Salvador: Juspodivm, 2008. p. 47.)



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

contraprestacional, obrigou a criação de mecanismos legais compensatórios para o setor público. A utilização do serviço público pelos beneficiários de planos e seguros privados, em procedimentos que deveriam ser por estes cobertos, determinou a criação da figura do “Ressarcimento ao SUS” pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998¹⁴. Os dados pertinentes às internações hospitalares e aos procedimentos de alta complexidade realizados no SUS são cruzados com dados dos beneficiários de planos e seguros de saúde, pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Esta, ao identificar a utilização do sistema público pelo beneficiário do plano privado, deverá cobrar, da respectiva operadora de seguro-saúde, o valor correspondente e fazer o devido ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde.

Trata-se de mecanismo em funcionamento apenas para o campo das internações hospitalares e dos procedimentos de alta complexidade, cuja utilização permita a identificação individual do usuário, através de um registro único e seguro. O processo de identificação e cobrança dos valores relativos ao “Ressarcimento ao SUS”, entretanto, apresenta, na prática, diferentes dificuldades para sua efetivação, quer no âmbito administrativo, quer no âmbito da execução judicial¹⁵.

De mais a mais, o sistema público, ao oferecer atenção integral, engloba também procedimentos de alta complexidade, procedimentos inovadores, assistência farmacêutica e outros serviços não cobertos pelo seguro privado de saúde, São tratamentos que, no financiamento do sistema público, concorrem por recursos com os demais níveis de atenção, especialmente com a atenção primária, de importância fundamental para a população excluída do plano privado.

A atual proposta de “Planos de Saúde Acessíveis”, especialmente em um contexto econômico recessivo e de retração do setor privado de saúde complementar¹⁶, permite um mecanismo de favorecimento unilateral, injustificado e indevido a setores empresariais privados que atuam na exploração do mercado de saúde, sem as garantias de contraprestação, quer ao sistema público de saúde, quer ao cidadão, usuário do sistema público ou consumidor dos planos e seguros de saúde privados. De resto, em países que optaram pelo modelo ora proposto, não houve redução dos custos da assistência em termos macroeconômicos. O exemplo paradigmático é o do sistema sanitário dos Estados Unidos da América, predominantemente privado e altamente segmentado, que representa um gasto global da ordem de 20% do PIB, quando países com o mesmo nível de renda e coberturas reconhecidamente mais amplas e eficientes, a exemplo da Inglaterra, apresentam gasto médio, com os sistemas público e privado de saúde somados, em torno de 8 a 10% do PIB¹⁷.

Em síntese, a oferta de planos de saúde acessível não garante desoneração significativa do SUS e tampouco racionalidade e economia em termos macroeconômicos do sistema de saúde como um todo.

¹⁴ “Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.”

¹⁵ Conferir os índices de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-efetivo-pagamento-ao-ressarcimento-ao-sus-antigo-indice-de-adimplencia-de-ressarcimento-ao-sus>>. Acesso em: 05.10.2016.

¹⁶ A retração do PIB e da renda das famílias resultou para os Planos de Saúde a perda de 2,7% dos beneficiários em 12 meses até março/2016. <http://economia.ig.com.br/2016-06-21/queda-beneficiarios-planos-de-saude.html>

¹⁷ Fonte: Banco Mundial. Disponível em: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?year_high_desc=true>. Acesso em: 05.10.2016.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

5 DA ATUAL SITUAÇÃO ECONÔMICA E ASSISTENCIAL OBSERVADA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR:

Um dos fenômenos observados no âmbito do setor de saúde suplementar brasileiro é o da restrição ou negativa de oferta de planos de seguros individuais. Como a regulação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no que tange à disciplina dos índices de reajustes anuais, restringe-se aos planos individuais, não abrangendo a modalidade da contratação coletiva, as operadoras do setor deixaram de ofertar planos individuais¹⁸, recorrendo, por vezes, inclusive a simulacros de planos coletivos, com o intuito de evitar a regulação¹⁹. Esse fato é do conhecimento do Ministério Público Federal e resultou na instauração de diferentes procedimentos investigatórios ao longo dos últimos anos²⁰.

Outro fenômeno que assola o setor de saúde suplementar é o da insuficiência ou da distribuição inadequada de leitos na rede hospitalar de suporte às coberturas contratadas no setor privado. Problema que se agrava em razão das deficiências regulatórias, uma vez que a ANS atua apenas repressivamente, suspendendo a comercialização de planos, e não preventivamente, no sentido de coibir a negação de cobertura por insuficiência da rede hospitalar credenciada²¹.

Nesse sentido, os planos de saúde acessíveis significam desregulamentação do setor de saúde suplementar, que deveria oferecer planos de saúde individuais resolutivos e dentro das regras de regulação do setor, observando as garantias devidas aos consumidores e usuários desses planos de saúde.

O argumento de compartilhamento de responsabilidades ou de custos da atenção sanitária, de quaisquer natureza, entre o setor público e o setor empresarial da saúde suplementar, invocado em defesa da instituição de “planos populares de saúde”, para ser considerado, deveria estar embasado em estudos prévios profundamente refletidos, uma vez que a experiência histórica demonstra exatamente o contrário.

6 DA NECESSIDADE DE AMPLA DISCUSSÃO E PARTICIPAÇÃO POPULAR NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

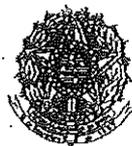
A despeito da prever a possibilidade de convite dirigido a outros órgãos e entidades, a Portaria nº 1.482/GM/MS, que instaurou, no âmbito do Ministério da Saúde, o GT para estudo e proposta de “Plano de Saúde Acessível”, não fez menção expressa aos instrumentos de consulta e participação popular. Tampouco o faz o ofício 60-GS/SAS, de 18 de março de 2017, que

¹⁸ <http://www.idec.org.br/em-acao/noticia-consumidor/operadoras-abandonam-plano-de-saude-individual>

¹⁹ <http://www.idec.org.br/em-acao/artigo/a-falsa-coletivizacao-de-contratos-nos-planos-de-saude>

²⁰ A exemplo, os Inquéritos Cíveis: 16.000.001528/2015-75 (MPDFT); 1.14.000.002403/2012-94 (PRBA).

²¹ “O fato é que, da maneira como estão dispostos os normativos infralegais da ANS, não se identifica um que seja competente no sentido de regular as relações entre operadoras e prestadores de serviços, no que tange ao equilíbrio de oferta de leitos e equipamentos. Na lógica do mercado atual, não há exclusividade por parte do prestador de serviços no que tange ao oferecimento dos leitos ou de qualquer outro serviço. O prestador que possui sessenta leitos em seu hospital pode oferecê-los a quantas operadoras lhe interessar. Inexiste, assim, qualquer ato que oriente esse tipo de contratação.” (Alves, Sílvia Paulina de Mello. *Fragilidade regulatória na provisão de leitos e equipamentos na saúde suplementar*. / Sílvia Paulina de Mello Alves. – Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3750>. Acesso em: 06.10.2016.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

encaminha a proposta, já elaborada, à ANS. Pelo contrário, o GT formado, já em sua composição inicial, preteriu entes legitimados e qualificados para a discussão abrangente da matéria, em especial os colegiados e conselhos, consultivos e deliberativos, existentes no âmbito do próprio SUS. Com isso, há clara violação ao princípio constitucional da participação popular (art. 37, §3º; 194, VII; 198, III; 203, II).

Não obstante, em face da publicação da Portaria retro mencionada, manifestaram-se pública e oficialmente contra a proposta, entre outras, as seguintes entidades:

6.1 O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, a teor do art. 1º, II, § 2º da Lei nº 8142/1990, incumbido de dar consequência ao princípio da participação da comunidade expresso no art. 198, III, da Constituição Federal. O CNS conta com uma Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar (CISS), constituída pela Resolução nº 389 de 12 de julho de 2007, que tem como atribuição "subsidiar a atuação do CNS nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e revisão do espaço institucional da regulamentação da Saúde Suplementar bem como sua inclusão na Política Nacional de Saúde." Em face da constituição do supra citado GT, o CNS, através da Resolução CNS nº 534, de 19 de agosto de 2016, posicionou-se contrariamente a "qualquer proposta de criação de Planos de Saúde, a exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível estabelecido pela Portaria nº 1.482, de agosto de 2016".

6.2 O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou, em 5 de agosto de 2016, Nota de Esclarecimento à Sociedade, com o seguinte teor:

"1. A autorização da venda de "planos populares" apenas beneficiará os empresários da saúde suplementar, setor que movimentou, em 2015 e em 2016, em torno de R\$ 180 bilhões, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 2. Se implementada, esta proposta não trará solução para os problemas do Sistema Único de Saúde (SUS), possivelmente sem a inclusão de doentes crônicos e idosos, resultando em planos limitados a consultas ambulatoriais e a exames subsidiários de menor complexidade. Portanto, não evitarão a procura pela rede pública ou impacto prejudicial ao financiamento do SUS; 3. Propostas como a de criação de "planos populares de saúde" apropriam-se e distorcem legítimos desejos e anseios da sociedade; 4. Na expectativa de um novo governo e de uma nova cultura de proficiência, eficácia e probidade na Nação, a sociedade conta, na verdade, com a adoção de medidas estruturantes para o SUS, como: o fim do subfinanciamento; o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão; a criação de políticas de valorização dos profissionais, como uma carreira de Estado para os médicos; e o combate à corrupção. Somente a adoção de medidas dessa magnitude será capaz de devolver à rede pública condições de oferecer, de forma universal, o acesso à assistência segundo parâmetros previstos na Constituição de 1988 e com pleno respeito à dignidade humana."

Enviada a proposta de "Plano de Saúde Acessível" à ANS, o CFM divulgou nota²² em que afirma: "Para o CFM, a autorização de venda de 'planos populares' apenas beneficiará os empresários da saúde suplementar e não solucionará os problemas do Sistema Único de Saúde

²² Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26765:2017-03-08-18-10-59&catid=3>. Acesso em 09.março.2017.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

(SUS)"; (...) "Para o CFM, tais planos, limitados a consultas ambulatoriais e exames de menor complexidade, não evitarão a procura pela rede pública".

6.3 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), elencada entre os integrantes do Grupo de Trabalho constituído pela Portaria MS nº 1.482, de 04 de agosto de 2016, editou nota, com o seguinte teor: "A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que não tinha conhecimento prévio a respeito do Grupo de Trabalho, tendo tomado conhecimento nesta data por meio da publicação no Diário Oficial da União. A Agência reitera sua autonomia técnica para regular o mercado de Saúde Suplementar, nos termos delimitados pelas leis 9.656/98 e 9.961/2000."

6.4 A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) reuniu, em audiência pública de 9 de agosto de 2016, diferentes entidades, incluindo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entidades médicas e da sociedade civil, que se posicionaram pela "priorização orçamentária federal para o setor saúde" e contra a criação do "plano de saúde popular"²³.

6.5 A Frente Parlamentar Mista em Defesa do SUS manifestou sua preocupação com o fato de "que o Ministério da Saúde exclua dessa discussão, as entidades representativas dos entes federativos (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS) e da sociedade (Conselho Nacional de Saúde – CNS), fato inédito nesses 26 anos de Constituição e Sistema Único de Saúde (SUS); sendo preocupante, também, a invasão de competência da Agência Nacional de Saúde, criada por esta Casa Legislativa para regulamentar, fiscalizar e controlar o mercado de planos e seguro saúde."

6.6 O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), convidado a participar do Grupo de Trabalho criado pela Portaria MS 1.482/2016, não aceitou por considerar a proposta "ilegal e tecnicamente equivocada", solicitando a revogação da Portaria e consequente extinção do Grupo de Trabalho²⁴.

6.7 A Associação dos Servidores e demais trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ASSETANS) também se manifestou, em 8 de agosto de 2016, no sentido de que a Portaria MS 1.482/2016 conflita com a competência da ANS para regular o mercado de saúde suplementar e que o desconhecimento prévio desta gera dúvidas sobre a finalidade do estímulo a esse tipo de produto: "que certamente só beneficiará as operadoras, dada a redução da cobertura assistencial exigida pela ANS", uma vez que "a venda de 'planos populares' traz a falsa impressão à população de que o acesso à saúde será facilitado, quando, em realidade, sua cobertura excluirá a população vulnerável, integrada sobretudo por doentes crônicos e idosos, por se limitar a consultas e exames de menor complexidade."

AO

²³ Conferir Entidades signatárias e teor da Carta de Recomendação em: <http://www.conasems.org.br/servicos/todas-noticias/45-ultimas/4755-em-defesa-do-sus-oab-conasems-e-outras-40-entidades-assinam-carta-destinada-a-presidencia-da-republica>, e http://www.conasems.org.br/images/CARTA_DE_RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-A_Sa%C3%BAde_na_UTI.pdf

²⁴ <http://www.idec.org.br/o-idec/sala-de-imprensa/release/idec-recusa-participacao-e-pede-extincao-de-grupo-de-trabalho-sobre-plano-de-saude-acessivel>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

A parte das já mencionadas, diversos outros entes, incluindo sociedades médicas e associações da sociedade civil²⁵, expressaram sua discordância com a proposta de criação de “planos de saúde acessível”, por razões similares às acima declinadas.

7 CONCLUSÃO:

Em síntese, a proposta de “planos de saúde acessíveis” encaminhada à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não oferece vantagens ao setor público. Ao contrário, desorganiza o SUS, em clara ofensa à sua disciplina constitucional, e não é sequer garantia de benefício aos seus eventuais consumidores.

Grupo de Trabalho Saúde
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

²⁵ A exemplo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) <https://www.abrasco.org.br/site/2016/08/entidades-medicas-posicionam-se-contrarias-aos-planos-de-saude-acessiveis/>; da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) <http://www.sbp.com.br/comunicacoes-publicas/nota-de-esclarecimento-a-sociedade/>,

