



Alessandro P. Acayaba de Toledo
Diretor Presidente

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS
ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS**

GRUPO DE TRABALHO SOBRE PLANOS ACESSÍVEIS

Grupo de Trabalho coordenado pelo Ministério da Saúde

- Instituído pela Portaria GM/MS nº 1.482, de 04 de agosto de 2016;
- Teve por objetivo discutir e elaborar o Projeto de Plano de Saúde Acessível;
- Reuniões realizadas por este GT:
 - 31 de agosto de 2016;
 - 16 de setembro de 2016;
 - 31 de outubro de 2016;
 - 22 de novembro de 2016;
 - 02 de dezembro de 2016.
- Proposta encaminhada à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 18 de janeiro de 2017, para manifestação acerca da viabilidade técnica.

Grupo de Trabalho coordenado pela ANS

- Instituído pela Portaria nº 8.851, de 23 de março de 2017;
- Tem por objetivo avaliar a proposta de criação de plano acessível encaminhada pelo Ministério da Saúde, acerca da viabilidade técnica;
- Andamento:
 - Etapa de estudos do Grupo de Trabalho da ANS – 60 dias para realização de estudos internos;
 - Etapa de participação social – Reuniões a serem realizadas nos dias 28, 29 e 30 de junho de 2017.
- Posteriormente, este Grupo de Trabalho apresentará seu relatório final à Diretoria Colegiada da ANS.

Dados do setor de saúde complementar

- O sistema de saúde complementar atende 25% da população;
- Mais de 3 milhões de brasileiros deixaram de contar com planos de saúde desde dezembro de 2014, quando a ANS registrou um pouco mais de 50 milhões de beneficiários;
- Os últimos dados divulgados pela ANS informam cerca de 47 milhões de beneficiários vinculados ao sistema de saúde complementar;
- Até abril de 2017 tínhamos mais de 14 milhões de desempregados no Brasil.

Propostas apresentadas pelo GT coordenado pelo Ministério da Saúde

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. 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 da infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.

Propostas apresentadas pelo GT coordenado pelo Ministério da Saúde

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.

Princípios 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. Do dispositivo garante a segurança do paciente, orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento.

Princípios norteadores

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.

Princípios norteadores

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



OBRIGADO!

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS
ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS