

CARTA ABERTA

7/3/2017

Medida regulatória em discussão na ANS traz barreira financeira drástica ao acesso à assistência em saúde. O que é uma barreira financeira? Imagine que além da mensalidade haveria um pagamento de até 40% do valor de cada exame que seja feito. Como seria, então, no caso de uma doença mais séria?

Por isso, os servidores da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vêm a público manifestar sua preocupação acerca da proposta regulatória que está em discussão no Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia, que trazem medidas **que prejudicam o acesso à assistência em saúde, permitindo inclusive que as operadoras repassem integralmente os custos das consultas, exames e internações ao consumidor.**

Recentes normas publicadas pela ANS não têm obedecido às boas práticas preconizadas e editadas pela própria autarquia que garantiriam a transparência e tecnicidade adequadas à atividade regulatória. Diversas entidades da sociedade civil organizada, inclusive a ASSETANS, manifestaram recentemente descontentamento com a condução do processo regulatório por parte da Agência.

Neste sentido, reafirmamos a necessidade de que quaisquer medidas regulatórias, em especial a que motivou a presente manifestação por parte dos servidores, utilizem as ferramentas existentes para garantir uma regulação eficiente e comprometida com a defesa dos interesses da sociedade. Por isso, no caso da medida em questão, solicita-se:

1. **Justificativa motivada para que a proposta técnica de regulamentação da matéria, apresentada pelo Grupo Técnico, instituído pelo Boletim de Serviço, Ano 15, n.º 54, de 30/04/2015, tenha sido refutada.** Essa proposta é considerada pelo corpo técnico menos agressiva aos consumidores, uma vez que apresenta uma análise de cenários, considerando experiências de outros países e, principalmente, a realidade brasileira.
2. **Justificativa motivada para desconsideração do Parecer nº 414/2013/GECOS/PROGE – ANS/PGF da Procuradoria Geral junto à ANS,** que leva em consideração os limites estabelecidos pela Lei 9.656/98 quanto à impossibilidade de pagamento integral de procedimentos por parte do beneficiário de plano de saúde, o que na prática torna não aplicável ao setor de saúde suplementar o modelo de “franquia” do mercado de seguros e/ou mercado de saúde americano (franquia no mercado de seguros corresponderia ao valor que o consumidor tem que pagar ao prestador antes da operadora de plano de saúde assumir os custos).
3. **Apresentação da Análise de Impacto Regulatório, com “análises mais aprofundadas”** (conforme preconizado no *Guia Técnico de Boas Práticas Regulatórias*, da própria ANS) incluindo análises de custo-benefício que considerem os impactos sociais da regulação, bem como critérios econômicos e

sociais, incluindo os efeitos distributivos ao longo do tempo, identificando quem provavelmente se beneficiará e quem poderá estar susceptível aos custos. Solicitamos ainda, considerar o cenário do Grupo Técnico, instituído pelo Boletim de Serviço, Ano 15, n.º 54, de 30/04/2015, quando da comparação entre as opções regulatórias, principalmente no que tange aos efeitos distributivos.

4. **Apresentação de estudos de caso com aplicação hipotética das novas regras de mecanismos de regulação financeira (franquia em cada uma das modalidades propostas e coparticipação com diferentes percentuais, até o limite previsto na norma)**, de modo a avaliar o impacto sobre o consumidor, sobretudo aquele de grupos de maior vulnerabilidade, tais como (1) idosos portadores de múltiplas comorbidades; (2) portadores de doenças crônicas que requeiram acompanhamento contínuo e prolongado; (3) portadores de neoplasias, abordando desde o diagnóstico até o tratamento e acompanhamento posterior; (4) pacientes que necessitem de procedimento cirúrgico que envolva OPME de alto custo. Tal estudo poderá se utilizar dos dados de atenção à saúde dos beneficiários enviados mensalmente à ANS e deverá apresentar o valor a ser despendido pelo consumidor e pela operadora no cenário atual e nos cenários advindos da proposição normativa e efeitos distributivos ao longo do tempo.
5. **Apresentação de estudos sobre os impactos esperados ao se oportunizar mecanismos de regulação por franquia, similar ao modelo americano de saúde.**
6. **A realização de Consulta Pública após a construção da Análise de Impacto Regulatório, de forma que a proposta de regulação seja colocada em discussão com a sociedade pelo prazo de 30 dias (no mínimo)**, oportunizando que todos os atores do mercado se pronunciem, considerando a recomendação da OCDE de que as Análises de Impacto Regulatório devem, na medida do possível, ser disponibilizadas ao público, juntamente com as propostas de regulação. E, principalmente, que a análise deve ser preparada de forma apropriada e em prazo adequado para obter a contribuição dos interessados e auxiliar na tomada de decisão. A realização de Audiência Pública poderá preceder ou ser feita posteriormente à Consulta, mas não substituir a mesma, visto que estes mecanismos se complementam como boa prática regulatória.
7. **A devida discussão com os Órgãos de Defesa dos Consumidores, o Ministério Público e a Defensoria Pública**, a fim de que possam avaliar mais apropriadamente a matéria, uma vez que a mesma traz para o mercado de saúde complementar brasileiro os efeitos perversos do modelo de saúde americano, a saber:
 - Falta de previsibilidade de gastos, nos casos de novas doenças.
 - Barreira ao acesso dos serviços de saúde.
 - Direcionamento da demanda de saúde para hospitais de preferência da operadora, em detrimento do de preferência do consumidor (preços de coparticipação diferenciado por prestador).
 - Fim da comercialização dos planos sem fator moderador.
 - Dificuldade de manutenção do plano de saúde, quando o beneficiário for acometido de uma enfermidade que demande tratamento de médio e longo prazo, entre outros.

Os servidores da ANS reafirmam seu compromisso com os princípios da transparência, ética e controle social na administração pública e solicitam que a ANS torne públicos os estudos e ferramentas de boas práticas regulatórias elencados acima.

A LUTA DOS SERVIDORES É DE TODOS, PELA FISCALIZAÇÃO MAIS EFICAZ DOS PLANOS DE SAÚDE E POR UM SERVIÇO PÚBLICO DE QUALIDADE!