

## POSICIONAMENTO DA AMB

### CONSULTA PÚBLICA Nº 151 DA ANS

#### Proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre as regras para constituição e funcionamento de ambiente regulatório experimental (Sandbox Regulatório) denominado “Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames”

A Associação Médica Brasileira (AMB) é uma associação civil de âmbito nacional, com personalidade jurídica e forma federativa, sem finalidade lucrativa e de interesse social, fundada há 70 anos, que congrega médicos em todo o território nacional. Dentre seus objetivos institucionais, destacam-se a atualização científica, a contribuição para a elaboração das políticas de saúde e o aperfeiçoamento do sistema médico assistencial público e privado do país.

A AMB, com base em seus pilares de atuação que preceituam, entre outros, uma assistência médica digna, respeitosa e resolutiva à cada paciente na sua singularidade e à população de um modo geral, sempre aliada ao exercício qualificado e digno do trabalho médico, vem a público se posicionar sobre algumas questões especialmente sensíveis e importantes aos médicos e aos pacientes, com o objetivo de contribuir para a adequada assistência à saúde, especialmente no âmbito da saúde suplementar.

Está aberta até dia 04/04/2025 a Consulta Pública nº 151 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que disponibiliza para avaliação da sociedade regras para a criação e comercialização de plano de saúde com cobertura restrita a consultas médicas eletivas e exames. Esse mecanismo de participação social pode ser acessado através do link: <https://componentes-portal.ans.gov.br/link/ConsultaPublica/151>

Para que se entenda a proposta, é importante esclarecer que os planos e seguros de saúde privados, regulados pela Lei nº 9.656/98, são definidos como uma prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir a assistência à saúde. E que a norma do artigo 12 dessa Lei permite, respeitando-se os parâmetros por ela estabelecidos, a oferta e a comercialização de planos de saúde com cobertura assistencial nas seguintes segmentações:

- **Ambulatorial:** consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral e medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.

- **Hospitalar:** internação hospitalar, despesas referentes a honorários médicos, enfermagem e alimentação, exames complementares, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia (durante o período de internação hospitalar); tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar.
- **Obstétrica:** assistência ao parto e cobertura assistencial ao recém-nascido (filho natural ou adotivo do contratante ou de seu dependente) durante os primeiros 30 dias após o parto.

As operadoras de planos de saúde devem sempre disponibilizar a contratação do chamado “plano referência”, instituído pela Lei nº 9.656/98, que garante a ampla cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria. Portanto, é possível às operadoras comercializar planos com as mais diferentes combinações de segmentação (apenas ambulatorial; apenas hospitalar; hospitalar com obstetrícia; ambulatorial e hospitalar; e ambulatorial e hospitalar com obstetrícia), desde que cumpram a obrigação de comercializar o plano denominado referência.

**Essa breve análise já deixa claro que a ANS, ao propor a comercialização de planos de saúde com cobertura apenas de consultas eletivas e exames, pretende viabilizar planos com cobertura assistencial ambulatorial mais restrita que a garantida por lei, o que não é possível, nem mesmo no âmbito do chamado “Ambiente Regulatório Experimental (Sandbox Regulatório ou SBR)” para “testar planos para consultas médicas estritamente eletivas e exames”.**

A ANS propõe que esse plano de saúde seja comercializado como um “Projeto Piloto”, utilizando-se do instrumento de “sandbox regulatório” (SBR), que foi criado e regulamentado pela Lei Complementar nº 182/2021 (“Marco Legal das Startups”). Essa lei prevê medidas de fomento ao ambiente de negócios e ao aumento da oferta de capital para investimento em empreendedorismo inovador, sendo uma delas a possibilidade de afastamento da incidência de **normas regulamentares** editadas por órgãos e as entidades da administração pública. Mas a ANS pretende fazer um uso indevido desse instrumento, já que pretende afastar a aplicação da própria Lei nº 9.656/98 (“Lei de Planos de Saúde”), o que extrapola em muito a possibilidade de utilização do SBR.

As operadoras vêm, há anos, buscando flexibilizar ainda mais a cobertura que deve ser oferecida pelos planos de saúde, os chamados planos “baratos”, “acessíveis”, “modulares”

ou “customizados”, que deixam de fora os atendimentos mais caros e doenças frequentes como câncer, problemas cardíacos e tantos outros.

A argumentação das operadoras, responsáveis por propostas que lhes permitam legalmente comercializar planos com cobertura limitada, que parece ter sido agora encampada pela ANS, é a necessidade de disponibilizar “planos de saúde acessíveis a um maior número de brasileiros”.

Estes modelos de planos eram amplamente utilizados antes da referida lei e causaram enormes prejuízos aos usuários que, desconhecendo os itens excluídos, precisavam recorrer ao SUS nos momentos em que mais precisavam de atenção, diante de uma doença grave.

Vale lembrar que **a edição da Lei nº 9.656/98 ocorreu em um contexto de intensa mobilização social pela regulação da garantia das coberturas de planos de saúde**, visto que era comum que planos e seguros de saúde excluíssem a cobertura de tratamentos para diversas doenças, como câncer e AIDS<sup>1</sup>.

Além dessa patente ilegalidade, a proposta da ANS é preocupante pelas seguintes razões:

- **Risco de assistência incompleta:** esses planos limitariam o acesso a tratamentos ambulatoriais essenciais, especialmente com antineoplásicos domiciliares de uso oral e medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, deixando pacientes desamparados em momentos críticos.
- **Fragmentação do cuidado:** a restrição da cobertura compromete a continuidade do atendimento médico, prejudicando o acompanhamento adequado de doenças crônicas e condições complexas.
- **Aumento da judicialização da saúde:** com planos restritos, com patente ilegalidade, pacientes podem recorrer ao sistema judicial para exigir cobertura de procedimentos não cobertos pelo plano proposto, gerando ainda mais insegurança jurídica e custos para o sistema de saúde suplementar.
- **Desvalorização do ato médico:** esses planos podem incentivar atendimentos superficiais e desvalorização do papel do médico, favorecendo uma visão mercantilizada da saúde, sem foco na qualidade do cuidado.
- **Risco de confusão para pacientes:** pacientes podem não compreender as limitações do plano e só perceber sua insuficiência quando necessitarem de

---

<sup>1</sup> Comissão parlamentar de inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde. Relatório Final. Brasília, novembro de 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/52-legislatura/cpisaude/relatoriofinal.pdf>.

tratamentos mais complexos, o que pode gerar frustração e dificuldades no acesso e no manejo clínico.

- **Impacto no SUS:** ao não cobrir tratamentos, esses planos podem aumentar a sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente porque os pacientes que devem se interessar por esse plano não conseguirão arcar com os custos de procedimentos privados.
- **Desigualdade no acesso à saúde:** pode segmentar ainda mais o sistema de saúde, ampliando disparidades entre aqueles que podem pagar por planos completos e aqueles que ficam limitados a serviços básicos.

Por tudo, a **AMB** é contra a proposta da ANS de viabilizar a comercialização de plano de saúde com cobertura restrita a consultas médicas eletivas e exames e defende que a Lei nº 9.656/98 seja respeitada, garantindo-se a comercialização do plano referência e de planos nas segmentações nela previstas, com as garantias legais mínimas de cobertura assistencial, rejeitando qualquer proposta de planos subsegmentados, que representariam um grave retrocesso.