



Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa
Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde

OFÍCIO Nº 619/2024/SECNS/DGIP/SE/MS

Brasília, 23 de abril de 2024.

À Sua Excelência
Deputado Federal Arthur Lira
Presidente da Câmara dos Deputados
Pça. Três Poderes S/N
70175-900 · Brasília, DF
presidencia@camara.leg.br; dep.arthurlira@camara.leg.br

Assunto: Recomendação nº 010, de 11 de abril de 2024.

Excelentíssimo Deputado,

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter permanente, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde, aprovou, em sua 353ª Reunião Ordinária, realizada em 10 e 11 de abril de 2024, a Recomendação nº 010, que recomenda ao Congresso Nacional que acolha os argumentos do Parecer Técnico nº 03/2023 SECNS/DGIP/SE/MS, que trata da análise da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS) do Conselho Nacional de Saúde sobre o PL 7419/2006 e seu apensados, durante a tramitação do projeto nas duas casas legislativas.

Em decorrência, encaminhamos anexa para conhecimento e providências necessárias.

Certos de que a mesma seja considerada, agradecemos.

Respeitosamente,

ANA CAROLINA DANTAS SOUZA
Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Ana Carolina Dantas Sousa, Secretário(a)-Executivo(a) do Conselho Nacional de Saúde**, em 26/04/2024, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0040290018** e o código CRC **6586D1B2**.

Referência: Processo nº 25000.058126/2024-80

SEI nº 0040290018

Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde - SECNS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

RECOMENDAÇÃO Nº 010, DE 11 DE ABRIL DE 2024.

Recomenda a criação de área técnica no âmbito do Ministério da Saúde para tratar da saúde suplementar, entre outras medidas correlatas.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quinquagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de abril de 2024, em Brasília/DF, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando, o Art. 5º da Constituição Federal de 1988, que afirma que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade e que nesse sentido o Estado deve promover, na forma da lei, a defesa do consumidor;

Considerando o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado;

Considerando o Art. 199 da Constituição Federal de 1988, que veda, em seu parágrafo 2º, que recursos públicos sejam destinados à iniciativa privada com finalidade de lucro;

Considerando que o Art.6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define que o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde estão no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando que a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, ao criar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), versa que a ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país;

Considerando os dados da sala de situação da ANS, que relatam que o total de beneficiários de planos de saúde, referente a janeiro de 2024, perfaz o quantitativo de 50.914.382 de usuários em planos de assistência médica, sendo que os planos exclusivamente odontológicos registraram 32.691.133 de usuários, com crescimento de 903.357 beneficiários em relação a janeiro de 2023;

Considerando que a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em seu Art. 32, regulamenta o mecanismo de ressarcimento ao SUS, determinando que serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o Art. 1º (pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde) 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 SUS;

Considerando que segundo a 8ª edição do “Panorama do Ressarcimento ao SUS”, de 2001 a junho de 2023, 41,33% dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelos planos de saúde privados estavam pendentes, em parcelamento ou suspensos judicialmente o que representa quase R\$ 3,9 bilhões;

Considerando que o Supremo Tribunal Federal (STF), por ocasião do julgamento do RE nº 597064, entendeu que a restituição advinda dos atendimentos prestados no âmbito do SUS encontra amparo no arcabouço jurídico do país;

Considerando estudo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), realizado em 2019, no qual foram referidos 1,6 milhão de processos relacionados à saúde, dos quais cerca de 70% foram ajuizados contra operadoras de planos de saúde privados e que os processos relativos à saúde suplementar cresceram 33,7% entre 2016 e 2019, o que inevitavelmente sobrecarrega o SUS;

Considerando que o deputado Duarte Jr. (PSB-MA), relator do Projeto de Lei nº 7419/2006, que dispõe sobre alterações na Lei dos Planos de Saúde, acolheu reivindicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e apresentou relatório sobre o projeto, em 12 de setembro de 2023, sem a inclusão dos planos populares em sua redação;

Considerando que o referido relatório ainda não foi votado no Plenário da Câmara dos Deputados, e que este ainda inclui pontos preocupantes para a sociedade e o controle social, como a criação do Fundo Nacional composto por recursos públicos e privados para o financiamento de terapias de alto custo vinculadas ao tratamento de doenças raras, bem como a implementação de prontuário único, que obriga o poder público a compartilhar informações relativas ao histórico de saúde de pacientes atendidos no SUS com a iniciativa privada;

Considerando a ausência de resposta à Recomendação nº 043, de 11 de outubro de 2018, do Conselho Nacional de Saúde, que solicita da ANS a apresentação de plano de ação frente à decisão do STF sobre o ressarcimento do SUS;

Considerando as recomendações nº 046/2017 e nº 044/2018, do Conselho Nacional de Saúde, que solicita a participação democrática do controle social e da sociedade civil no debate do PL 7419/2006, no âmbito do Congresso Nacional;

Considerando o Parecer Técnico nº 03/2023 SECNS/DGIP/SE/MS, que trata da análise da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS) do Conselho Nacional de Saúde sobre o PL 7419/2006 e apensados; e

Considerando que o Decreto nº 11.798, de 28 novembro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança, não prevê nenhuma área técnica que trate da Saúde Suplementar e da interlocução do MS com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com a sociedade civil.

Recomenda

Ao Ministério da Saúde:

Que realize estudo para a criação de área técnica em seu organograma com o objetivo de tratar das temáticas relativas à saúde suplementar, bem como atuar na interlocução com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com a sociedade civil.

Ao Congresso Nacional:

Que acolha os argumentos do Parecer Técnico nº 03/2023 SECNS/DGIP/SE/MS, que trata da análise da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS) do Conselho Nacional de Saúde sobre o PL 7419/2006 e seu apensados, durante a tramitação do projeto nas duas casas legislativas.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Quinquagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de abril de 2024.



Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa
Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde

PARECER TÉCNICO Nº 3/2023-SECNS/DGIP/SE/MS

ASSUNTO

Trata-se de uma análise da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre o **PL 7419/06 e Apensados**, apresentada na qualidade de subsídio técnico para o relator, Deputado Federal Duarte Junior.

O Conselho Nacional de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Criado em 1937, sua missão é fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público. Por isso é chamado de controle social na saúde. As atribuições atuais do CNS estão regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990.

Em sua atuação, o CNS conta com estrutura organizacional dividida em um plenário composto de 48 conselheiros nacionais de saúde, bem como constitui Comissões Intersetoriais e Câmaras Técnicas sobre os mais variados assuntos, com a finalidade de subsidiar o plenário em sua tomada de decisão. Uma dessas Comissões é a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar - CISS, cujo objetivo é reiterar os princípios do SUS e do controle social no âmbito da saúde suplementar, oferecendo subsídios ao CNS para debater e se posicionar sobre os planos, seguros e serviços de saúde privados regulados pelo poder público através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A CISS acredita que a interferência governamental é necessária para garantir a prevalência do interesse social e a busca do equilíbrio entre os agentes do mercado, os consumidores, as operadoras, os prestadores de serviço e o SUS. A ideia é possibilitar que o controle social possa intervir na definição de prioridades, metas e estratégias das ações na saúde suplementar, considerando os princípios do SUS.

ANÁLISE

Dinâmicas público-privadas em um Sistema de Saúde Misto

O plano popular de saúde do Brasil se chama Sistema Único de Saúde – SUS. É o sistema público de pagamento prévio pelos impostos recolhidos pelo Estado Nacional e financiado pelos recursos distribuídos aos entes federados da União, Estados e Municípios pelas transferências obrigatórias e pelo piso constitucional de gastos orçamentários que impede os poderes públicos de gastarem o dinheiro com outra coisa que não Saúde, Educação, Previdência Social, Assistência Social, e outros programas sociais obrigatórios.

Ao mesmo tempo em que criou o SUS em 1988, a Constituição Federal, também permitiu, em paralelo, a exploração econômica das ações e serviços de saúde pelos mercados privados de saúde, condicionando esta exploração à necessidade de atender ao interesse público (arts. 196 e 197 da CF/88).

Assim, nosso sistema de acesso universal, custeado por impostos, convive com um mercado privado de serviços de saúde, custeado pelas famílias diretamente (*out of pocket*/pagamento direto) ou por meio de esquemas securitários/mutualistas (seguros e planos de saúde). Não bastasse isso, parte dos atendimentos do SUS são ofertados também por meio de organizações privadas não lucrativas – algumas pertencentes a grupos econômicos bastante lucrativos.

Dessa forma, a rede de serviços de saúde é sobreposta - estabelecimentos privados atendem pelo sistema público e, ao mesmo tempo, com ele concorrem por mão-de-obra, insumos e recursos.

Por essas sobreposições e complexidades, as relações entre mercado e sistema público são necessariamente interdependentes: o que acontece em uma área afeta a outra (vasos comunicantes). Por isso o Conselho criou a CISS e acompanha o campo da saúde suplementar para monitorar o mercado privado e diminuir as iniquidades em saúde na relação predatória que este mercado tem com o SUS. Exemplos desta atuação predatória: recusa de algumas empresas em fazer o ressarcimento ao SUS, disputa por leitos de hospitais privados (gerando dupla porta) e competição por recursos. É nesse cenário também, de vasos comunicantes, que precisamos enxergar os efeitos perniciosos de redução do patamar mínimo de coberturas. A porta que se fecha no setor privado é necessariamente aberta no setor público.

Porque planos de cobertura reduzida representam um risco para o SUS

A proposta de autorizar a venda de planos com cobertura reduzida, abarcando apenas consultas e exames, não é nova, nem inovadora. Esse mesmo modelo de plano de saúde é reivindicado pelas empresas do setor da saúde suplementar desde a criação da lei de planos de saúde (Lei nº 9.656/98).

Em 2016, o Conselho acompanhou o anúncio do então ministro da saúde, Ricardo Barros, de criar planos de saúde “populares” ou “acessíveis”, com o objetivo de “aliviar os gastos do SUS” e possibilitar ampliação do acesso à saúde privada, “com cobertura proporcional a esse acesso”^[1].

Nesse mesmo ano, foi criada a Comissão Especial de Planos de Saúde na Câmara dos Deputados para debater o PL 7419/06 e apensados, sob a relatoria do então Dep. Rogério Marinho. Publicado no final de 2017, o relatório apresentava um substitutivo aos projetos de lei, propondo, entre outras medidas, a oferta de planos de saúde com cobertura reduzida: “Em troca da mensalidade mais barata, o consumidor poderia permanecer com cobertura menos atualizada”^[2].

Um segundo substitutivo foi também apresentado de maneira informal em 2021, mas igualmente não avançou. Nesse ínterim, o Conselho Nacional de Saúde publicou [diversos posicionamentos contrários](#) à medida^[3]. E, considerando que a pressão das operadoras de planos de saúde para que esse tipo de produto, desregulamentado, chegue ao mercado, **avaliamos importante tecer as seguintes considerações sobre porque qualquer iniciativa de redução de cobertura na saúde suplementar deve ser rechaçada pelo Deputado.**

Planos de saúde que oferecem apenas cobertura limitada a consultas e exames podem parecer uma opção mais acessível no curto prazo, mas muitas vezes deixam os usuários vulneráveis quando enfrentam condições médicas mais sérias ou crônicas, que demandam procedimentos cirúrgicos ou especializados. Quando essas necessidades surgem, esses usuários precisam recorrer ao SUS, já sobrecarregado, aumentando os tempos de espera e diminuindo a qualidade dos serviços de saúde pública. Além disso, os pacientes podem ser submetidos a longos períodos de angústia e sofrimento enquanto aguardam o atendimento necessário.

Do ponto de vista do sistema de saúde como um todo, a existência de planos de saúde que não cobrem procedimentos complexos acaba fragmentando o sistema de saúde brasileiro. Isso cria uma divisão entre os que podem pagar por cuidados médicos de qualidade e os que não podem, aprofundando as desigualdades no acesso à saúde. O SUS, que deve servir como um sistema de saúde universal e igualitário, é impactado negativamente tendo de custear apenas procedimentos mais caros.

Nesse sentido, vale destacar o estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) que aponta para os fatores negativos da reincorporação de planos de cobertura reduzida sobre o SUS como um todo:

“Em países que combinam um sistema público universal com um setor suplementar privado, estas duas partes não podem ser pensadas como compartimentos estanques. Modificações em regras de acesso ou de pagamento em um setor podem ter consequências importantes sobre o outro.

Argumentamos que um aumento da cobertura dos planos, a depender dos termos propostos, não necessariamente é uma solução para os gargalos do SUS. Se tal expansão ocorrer direcionada a serviços de mais baixa complexidade e de menor custo, o resultado pode ser: (i) um aumento na fragmentação do sistema; (ii) uma maior sobrecarga dos serviços mais complexos e mais custosos oferecidos pelo SUS, e; (iii) um aumento da desigualdade no acesso a esses serviços a depender do fluxo de acesso de pacientes entre setores.

Em particular, não podemos descartar um cenário em que o SUS fique ainda mais sobrecarregado caso ocorra uma substituição de planos mais completos por planos acessíveis e mais limitados. (...) outras possíveis implicações para o SUS via questões relacionadas a cream skinning^[4], financiamento e cobertura vinculada à rede local de prestadores”^[5].

Ademais, é comum nesse debate a percepção de que a introdução de planos com cobertura reduzida não teria um impacto significativo, já que as operadoras continuariam a oferecer planos com ampla cobertura. No entanto, a realidade mostra que as operadoras tendem a favorecer produtos com menores custos para elas, como evidenciado pela escassez de planos de saúde individuais - muito mais protetivos ao usuário - em comparação com os planos coletivos. A ausência de um quadro regulatório que oriente essa oferta localmente resultaria na substituição dos contratos antigos por novos que oferecem cobertura reduzida, tal como apontado pelo Instituto de Estudos e Políticas de Saúde - IEPS.

Uma boa parte dos argumentos que embasam as propostas de planos de saúde apenas com consultas e exames é o fato de existirem, hoje, cartões de desconto^[6] para consultas, exames e procedimentos simples, que cuida de um mercado de pessoas que faz uso misto do sistema público e rede privada acessada por meio de pagamento direto do bolso (*out of pocket*). O acesso à rede privada direta é a forma mais custosa e iníqua de acesso à saúde e deve ser neutralizada.

A discussão sobre os cartões de desconto precisa de aprofundamento antes da tomada de qualquer decisão regulatória. Além de não assegurarem assistência integral à saúde, os cartões de desconto podem oferecer riscos para o consumidor, que pode ser induzido a acreditar que está contratando um plano de saúde.

Contudo, esse processo é complexo e deve ser feito a partir de um feixe de políticas, que envolvem desde o aprimoramento da atenção primária e média complexidade no SUS, até a regulação dos prestadores privados (em matéria de preço, qualidade e transparência), e de forma nenhuma, o problema será resolvido por meio da desregulamentação de um mercado para habilitar a competição com outro.

CONCLUSÃO

Por fim, é importante frisar que a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde conhece os esforços do setor e examinou repetidamente as iniciativas tendo emitido Recomendações, Resoluções e Notas Técnicas que remontam ao início do século, sempre acompanhadas de avisos de que só o SUS consegue ser efetivo e ter sustentabilidade com baixo custo na Atenção Primária à Saúde mantendo os níveis de referência especializada e de hospitais de 3ª e 4ª linha científica e tecnológica.

De fato, o SUS tem sobrevivido com financiamento de menos de dois reais por dia para o cidadão, o que rebaixa a despesa com menos de 30 reais por mês, e levou os odontólogos a tentar seguir a mesma estratégia lançando “planos populares de odontologia” nos anos 1990 a 2010. Todos estes planos faliram depois de um “voo de galinha” econômico alimentado na decolagem por muitas adesões, excesso de esperanças, seguido da aterrissagem forçada por milhares de demandas não atendidas, judicialização por negativas de cobertura, e falências, algumas individuais, e outras em grupos. Ou seja, a conta acaba não fechando.

Assim, iniciativas que reduzem coberturas não apenas retrocedem na garantia de direitos, gerando rupturas civilizatórias irreconciliáveis com nosso panorama constitucional, como afetam a distribuição de responsabilidades entre SUS e planos, desequilibrando um sistema já sobrecarregado na alta e média complexidade.

ANA CAROLINA DANTAS SOUZA
Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde

[1] <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/ministro-defende-plano-de-saude-popular-para-aliviar-gastos-com-o-sus>>. Acesso em: 31 ago. 2023.

[2] <https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2017/09/epoca-negocios-relator-quer-mudar-cobertura-de-planos-e-cobrar-mais-dos-idosos.html>>. Acesso em: 31 ago. 2023.

[3] <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/cns-e-contra-criacao-de-planos-populares-de-saude-sugeridos-por-ministro>> acesso em 05 set 2023.

[4] O conceito se refere ao efeito de ampliação da capacidade das firmas que operam no setor de selecionar apenas os consumidores com perfil mais lucrativo, deixando aqueles com maiores custos potenciais a cargo do setor público.

[5] ROCHA, R.; SALMEN, M.; LIMA, T.; et al. Nota Técnica n. 24 - Considerações sobre a Reforma da Lei dos Planos de Saúde e seus Possíveis Impactos sobre o SUS. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2021. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/IEPS_NT24.pdf>. Acesso em: 06 set. 2023.

[6] A sua operação envolve um sistema que oferece descontos em serviços de saúde de baixa complexidade. Os pacientes pagam diretamente aos médicos, laboratórios, clínicas e hospitais pelos serviços que utilizam. As associações ou healthtechs (startups da área de saúde) recebem apenas uma taxa mensal de assinatura para disponibilizar o acesso à rede de serviços médicos.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Carolina Dantas Sousa, Secretário(a)-Executivo(a) do Conselho Nacional de Saúde**, em 12/09/2023, às 15:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035956461** e o código CRC **2170BC3B**.