



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA
3ª Câmara de Coordenação e Revisão
Consumidor e Ordem Econômica

NOTA TÉCNICA Nº 1/2025/GTPS/3ªCCR

REFERÊNCIA	PA nº 1.00.000.008392/2024-85
EMENTA	Análise de contribuições angariadas por ocasião da Audiência Pública nº 50/2025/ANS, realizada entre os dias 28 e 29 de janeiro de 2025, e de documentação referente à Consulta Pública nº 145/2024/ANS, aberta para participação de 19/12/2024 a 09/02/2025, ambos mecanismos de participação previstos na RN nº 548/2022, destinados a ampliar o debate público sobre a Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde, abrangendo 4 (quatro) temas centrais, quais sejam: 1- Reajustes e rescisão contratual em planos coletivos; 2- Mecanismos de regulação financeira; 3- Venda on-line de planos de saúde; e 4- Revisão técnica.

1. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS abriu a Consulta Pública nº 145/2024 com vistas a ampliar o debate público em torno da efetiva implementação da Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde, facultando-se o envio de contribuições entre 19/12/2024 a 3/02/2025. Visando a prorrogação de prazo do processo participativo, o MPF enviou a [Recomendação nº 1/2025/GTPS/3ªCCR](#) à ANS (PGR-00014497/2025).

2. Também foi realizada reunião institucional com a Presidência interina do órgão regulador em 27/01/2025 para tratar do assunto. Após o encontro, o Diretor Jorge Aquino assumiu o compromisso de promover novos mecanismos de participação pública caso as atividades em curso se revelassem insuficientes. Por fim, em 3/2/2025, houve o [anúncio público](#) de que o prazo da Consulta Pública nº 145/2024 seria prorrogado até o dia **9/2/2025** - domingo.

3. A [Audiência Pública ANS nº 50/2025](#), realizada nos dias 28 e 29/1/2025, virtualmente, via plataforma Microsoft Teams, antecedeu a CP nº 145/2024 e espelhou a subdivisão temática da referida Consulta para também abranger 4 temas centrais: **i)** Reajustes e rescisão contratual em planos coletivos (dia 28/01/2025 - das 9h às 12h); **ii)** Mecanismos de regulação financeira (dia 28/01/2025 - das 14h às 17h); **iii)** Venda on-line de planos de saúde (dia 29/01/2025 - das 9h às 12h); e **iv)** Revisão técnica (dia 29/01/2025 - das 14h às 17h).

4. A presente Nota Técnica destina-se a analisar a documentação apresentada pela ANS (<https://componentes-portal.ans.gov.br/link/ConsultaPublica/145>), com destaque aos Relatórios de Análise de Impacto Regulatório, proposta de novas minutas e quadro comparativo de textos, e Avaliação de Resultado Regulatório - ARR sobre contratação eletrônica de planos de saúde/venda on-line.

5. Foram consideradas as contribuições recebidas sobre cada um dos temas na Audiência Pública nº 50/2024/ANS, transmitida via Youtube nos seguintes links:

28/01/2025 - <https://www.youtube.com/watch?v=sWVbUY7jW6g>.

29/01/2025 - <https://www.youtube.com/watch?v=RgUkwIH2TLk>

6. Por ocasião da Audiência Pública nº 50/2024/ANS, a ANS esclareceu que a regra atual permite livre negociação entre as partes, mas veda a combinação de índices de reajuste. A proposta da ANS inclui definir uma sinistralidade meta de 75%.

7. Sobre a regra de agrupamento de contratos, a proposta da ANS prevê um agrupamento de contratos de até 1.000 vidas, o que gerou incertezas sobre eventual concentração de mercado e redução da oferta. Esclareceu-se que a regra de agrupamento para contratos com menos de 30 vidas não alcançava a modalidade por adesão, já que este segmento tem se caracterizado por contratos de maior porte desde 2013 e que, sob a nova perspectiva, os agrupamentos poderiam ser estendidos aos contratos por adesão.

8. A rescisão de contratos coletivos, segundo a proposta, só poderia ocorrer na data de aniversário, salvo casos de fraude ou inadimplência, o que foi criticado por algumas operadoras por restringir a autonomia das partes e violar a liberdade contratual. Diversos participantes apontaram que as propostas da ANS não consideram as particularidades de cada tipo de contratação, seja por região, produto ou população. Foi levantada também a questão da livre negociação ser fictícia, pois os contratos seriam de adesão e as empresas menores não conseguiriam alterar as cláusulas de reajuste.

9. Alguns participantes defenderam a combinação de índices - algo expressamente vedado na minuta - alegando que se tratam de coisas distintas. Outros sugeriram que as operadoras informassem o tamanho da estrutura administrativa e o percentual de lucros para maior transparência.

10. Destacamos nesse primeiro painel a participação de Luiz Felipe (Instituto Brasileiro de Atuária), que apontou que o estudo técnico para justificar o agrupamento de contratos com menos de 1000 vidas não seria condizente com os dados, e que agrupar riscos tão opostos não tem precedente. Defendeu a prorrogação do prazo da consulta pública e a criação de uma comissão com a participação do mercado, sociedade civil e atuários; e de Lucas Andreeta (IDEC), que criticou as condições de participação social no processo regulatório, a

dificuldade de acesso aos documentos essenciais e a falta de clareza nas relações de causalidade entre problemas e soluções propostas.

11. Por sua vez, o Procurador da República Hilton Melo destacou a importância de observar a ordem jurídica e constitucional em que o mercado de saúde suplementar está inserido, lembrando que ele se trata de um sistema híbrido, complementar ao SUS, enfatizando que a regulação do setor não pode ser vista apenas sob uma perspectiva securitária, mas também como parte de uma política pública que visa à redistribuição de direitos e à composição de um sistema de saúde que não seja pensado apenas no segmento privado, mencionando a importância de se considerar os valores constitucionais ao se discutir as condições de mercado.

12. No período da tarde, Daniele Rodrigues, Gerente econômico-financeira e atuarial dos produtos da ANS apresentou as regras atuais, os problemas observados e as propostas e objetivos relacionados a coparticipação e franquia. Os participantes discorreram sobre o tema "Mecanismos de Regulação Financeira", com destaque para a fala de Marina paulelli (Idec), que, afirmou existirem contradições entre as análises do corpo técnico incluídas na AIR e a proposta normativa submetida à contribuição e do Sr. Emerson (Associação dos auditores fiscais da receita estadual de São Paulo), que chamou a atenção para a questão da terminologia unificada de saúde suplementar (tabela TUSS).

13. Pela manhã seguinte, no dia 29/2/25, Daniele Rodrigues, da ANS, abriu a segunda etapa da Audiência Pública nº 50/2025 ressaltando que a autarquia estaria tratando da política de preços e reajuste de forma integrada, com abordagem interligada dos temas.

14. Informou que a regra atual para venda online, estabelecida pela Resolução Normativa 413/2016, é facultativa, mas a ANS percebe barreiras à contratação, seleção de risco (especialmente de idosos), assimetria de informação e baixa transparência sobre a oferta e preço dos planos. A Agência decidiu intervir para quebrar a espiral adversa, promovendo uma situação de equilíbrio entre os ofertantes, tornando compulsória a venda online, impedindo a seleção de risco e reforçando o perfil de consultor da atividade de corretagem.

15. Destacamos a contribuição do Sr. César, da Fenasaúde, no sentido de que os quatro temas (reajuste, rescisão, venda online e revisão técnica) por serem supostamente integrados e interdependentes, demandaria uma AIR (Análise de Impacto Regulatório) integrada, o que não aconteceu.

16. Precisamente sobre a proposta de obrigatoriedade da venda online, ele argumentou que a medida seria inconstitucional por ferir o princípio da livre iniciativa e a lei de liberdade econômica. Mencionou a falta de avaliação dos investimentos necessários em infraestrutura, recursos humanos, proteção de dados e segurança das informações. No mesmo

sentido, Virgínia Couto (Sinog) compartilhou a experiência da odontologia com a venda online e alertou para os riscos de fraude e a falta de estrutura de muitas operadoras para implementar a venda online obrigatória. Por sua vez, Maria Estela defendeu a inclusão de um dispositivo sobre o direito de arrependimento do consumidor na venda online.

17. Por fim, a parte da tarde da Audiência Pública nº 50 foi dedicada ao tema da revisão técnica da política de preços e reajustes dos planos de saúde. Daniele Rodrigues, Gerente econômico financeira atuarial dos produtos da ANS, apresentou o tema mencionando que essa medida seria adotada após avaliação da metodologia do reajuste individual e das regras do reajuste coletivo.

18. Explicou que a ANS tem competência para a revisão técnica e que as condições de elegibilidade, contrapartida e metodologia seriam definidas em instrução normativa a ser discutida e publicada ao longo de 2025. Os participantes da consulta pública apresentaram diversas contribuições e sugestões sobre o tema, das quais destacamos a fala de Lucas Andreta (Idec), que considerou a revisão técnica como o tema mais grave em riscos para os consumidores e o mais absurdo em sua forma de articulação com outros princípios que a ANS deveria observar.

19. Enfim, a presente Nota Técnica busca analisar cada um dos temas de forma inicialmente segmentada, tecendo contribuições gerais e específicas acerca do teor das minutas apresentadas, relatando, quando o caso, as demandas do setor colhidas nas sessões da Audiência Pública nº 50/2025 e em reuniões setoriais com associações engajadas.

TEMA 1 - DO REAJUSTE COLETIVO, DA REVISÃO TÉCNICA E DA RESCISÃO

20. A proposta regulatória busca construir um modelo resiliente e com parâmetros mínimos obrigatórios para a definição das cláusulas contratuais que preveem uma metodologia transparente e controlável para os reajustes nos contratos coletivos.

21. A competência da ANS para regular o tema é expressa no **art. 4º, XVII, da Lei n. 9.961/00**, que inclusive estabelece que cabe à agência **autorizar os reajustes e revisões de todos os planos de saúde**, sem exceção.

22. A manutenção do equilíbrio econômico-financeiro nos contratos é uma importante garantia nos instrumentos onde a pactuação é decorrente do **dirigismo estatal**, entendido como uma modalidade de intervenção estatal na economia do negócio jurídico-contratual, mediante a emissão e aplicação de normas de ordem pública.

23. Nesse sentido, busca-se assegurar que as condições originais da proposta sejam

preservadas mesmo diante de alterações supervenientes, sem que se despreze o elemento associado ao risco da atividade privada.

24. Dessa forma, a figura do reajuste atua contra desequilíbrios previsíveis decorrentes da dinâmica econômica ordinária, notadamente para a correção inflacionária. Já a revisão atende a eventos extraordinários e imprevisíveis, ou a eventos previsíveis mas com efeitos imprevisíveis.

25. Daí que falar em meta de sinistralidade (e seus efeitos) associada a reajuste não parece adequado, na medida em que mistura instrumentos de funções díspares. Com efeito, é a revisão que aborda situações derivadas da chamada **álea econômica extraordinária**, entendida pelas flutuações abruptas de mercado não previstas no contrato.

26. Até hoje, a RN 565 carece de aprimoramento técnico nesse sentido, na medida em que, para além do objeto preconizado (reajustes), cita e incorpora ao texto efeitos típicos de uma revisão contratual, chegando a lançar, de modo desconexo com restante da regulamentação, considerações sobre revisões.

27. Pois bem, considerando a apresentação concomitante do tema “Revisão Técnica”, curial que a agência depare-se com o exame mais apurado destes conceitos e trabalhe-os de forma harmônica e transparente.

28. **A primeira sugestão ministerial inclusive é no sentido de termos uma única Resolução Normativa que trate, em capítulos distintos, das normas referentes ao reajuste e à revisão (vide considerações abaixo).** A medida traria maior simplicidade e auxiliaria na compreensão sistêmica do regime de preços, além de tornar mais coeso o estoque regulatório.

29. Quanto à proposta de **alteração das regras de reajuste** dos planos de saúde, pondera-se inicialmente que a minuta de norma publicada não explicita a **vedação à utilização de parâmetros sem metodologia consolidada para o cálculo do reajuste**, como sugerido no Relatório de AIR.

30. A ideia de um **índice único inflacionário** parece adequada, na medida em que o mercado corrigirá a construção complexa de fórmulas, compostas por segmentações de índices diversos. É preciso, contudo, **garantir que esses índices sejam confiáveis e publicados por entidades de reconhecida idoneidade** para evitar capturas de mercado, a exemplo dos riscos e evidências colhidas com as chamadas “tabelas privadas”, que indexam os preços de “MatMed” a partir de parâmetros irreais e com efeitos abusivos.

31. No ponto em questão, a proposta da ANS indica que as alterações previstas para o art. 27 limitam-se a falar em “índice definido no contrato” e “índice de preço claro e explícito”, não se proibindo, por exemplo, o uso de índices cuja composição não interessa ou reflete o

mercado da saúde.

32. Daí que **se sugere que esse índice seja reconhecido e aprovado pela agência**, que poderá conhecer dos itens que compõem o índice escolhido e validá-lo frente à realidade do mercado de saúde brasileiro.

33. A mudança na regra de agrupamento dos contratos coletivos (art. 37), determinando dos contratos coletivos com menos de 1000 vidas é um avanço a se comemorar. Certamente sua aplicação poderia provocar um incremento na qualidade negocial dos reajustes entre contratantes e operadoras, na medida em que se reconhece que grupos menores de vidas não ostentam poder de barganha frente às operadoras.

34. A crítica de que o “*pool* de 1000 vidas” serviria para elevar o ticket dos usuários atualmente em grupos maiores não vinga, notadamente diante da esterilidade do argumento que, de forma monocular, deixa de verificar o gatilho de eficiência geral que a medida incentivarão no mercado.

35. Não obstante, para além da submissão a um único percentual de reajuste para todos os contratos coletivos agrupados, curial **reconhecer a estes contratos a aplicação do índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS**, nos moldes como fixado no art. 8º da RN 565.

36. Vale dizer, tanto a regra do agrupamento para fins de reajuste quanto a fixação de um índice de reajuste máximo fundamentam-se no reconhecimento da vulnerabilidade estrutural do consumidor final, que, isolado, não possui poder de negociação compatível com o poder econômico das operadoras. E não estamos nos referindo, obviamente, a situações onde há abuso de poder econômico, mas tão somente reconhecendo a falha de mercado derivada da concentração de poder nas relações de mercado.

37. Nesse sentido, o desequilíbrio reconhecido no âmbito dos contratos individuais e familiares manifesta-se nos planos coletivos empresariais de pequeno porte, especialmente aqueles com até 1000 beneficiários, nos quais as empresas contratantes – frequentemente micro e pequenos empreendimentos – também carecem de força negocial para questionar aumentos abusivos.

38. Mais uma vez, a alegação de que tais contratos envolvem “pessoas jurídicas em pé de igualdade” é uma ficção jurídica e a realidade demonstra que pequenas empresas, assim como indivíduos, são partes hipossuficientes frente a operadoras que tantas vezes impõem cláusulas leoninas e reajustes desproporcionais, sem transparência nos critérios técnicos adotados

39. No tocante à **revisão técnica dos contratos**, mais uma vez, **é fundamental que o**

tema seja definitivamente apartado do tema do reajuste, evitando-se confusões conceituais, mas, considerando os efeitos objetivos sobre a contraprestação a cargo dos contratantes, curial que a sua regulamentação ocorra de forma sistêmica, **preferencialmente na mesma norma**.

40. No ponto, a proposta regulatória destina-se a regulamentar um instrumento legalmente previsto (revisão técnica), mas que enfrenta desafios em equilibrar os interesses das operadoras e dos consumidores.

41. O Relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR) reconhece a necessidade de regulamentação para corrigir desequilíbrios atuariais, mas também aponta para o risco de prejudicar o mutualismo e a sustentabilidade do mercado. **A minuta, contudo, carece de detalhamento em pontos cruciais**, como a **metodologia de cálculo** e as **contrapartidas exigidas**, gerando insegurança jurídica e potencial prejuízo aos consumidores.

42. Simplesmente a norma sugerida é ainda muito aberta e permite espaço para abusos no futuro.

43. Com efeito, a minuta parece partir da pressuposição de que a revisão técnica é um direito das operadoras, sem considerar adequadamente a necessidade de proteger os consumidores de aumentos abusivos e alterações unilaterais dos contratos.

44. Sob o novo enfoque que se apresenta, a aferição superveniente da sinistralidade deixa de se relacionar com o reajuste para dizer a respeito à revisão, na medida em que esta versa sobre fatos imprevisíveis ou previsíveis de efeitos imprevisíveis.

45. Outrossim, **o índice de sinistralidade não deve ser percebido pela agência como um gatilho automático para aumento nas mensalidades**.

46. Isso porque utilizar um percentual mínimo para a meta de sinistralidade *per si* é um risco. Basta pensar na hipótese da operadora que possui médias históricas próximas de 75% (digamos, 73%) e concluir que o comportamento induzido ao regulado será o de buscar artificialmente (e temporariamente) inflar seus números para “bater a meta” da sinistralidade. Não é, definitivamente, o que se busca no atual processo de modernização regulatória.

47. Por outro lado, já que a sinistralidade meta não pode ser um vetor a autorizar automaticamente uma revisão, temos que essa autorização, vinda da ANS, precisa estar vinculada a uma **adesão de compromissos com a carteira global de usuários da operadora**, onde se condicione a maior liberdade de cobranças à implementação de programas ligados à prevenção e ao cuidado, especialmente para pacientes crônicos e com riscos agravados de saúde.

48. Com efeito, a falta de integração entre prevenção e financiamento na proposta

regulatória reforça um ciclo vicioso: ao não vincular revisões de mensalidades à implementação de programas de promoção à saúde (ex.: controle de diabetes, campanhas antitabagismo), a ANS desincentiva operadoras a investirem em ações de longo prazo que reduziriam sinistralidade.

49. Mais uma vez, **a sinistralidade é uma consequência (econômica) da melhor aplicação dos parâmetros de saúde**, especialmente numa realidade onde os agentes da cadeia induzem a prevenção da doença e não somente trabalhem no tratamento delas.

50. A regulação referente à revisão precisa demonstrar que não ignora os resultados positivos alcançados em outros produtos ou carteiras desempenhados pela operadora. O lucro ou a menor sinistralidade excepcional de outras carteiras deve ser visto em exame global da vida econômica da operadora.

51. Outro ponto que não pode ser ignorado é a **situação econômica geral da operadora**, de modo que o exame não seja apenas individualizado por produto e nem ignore o **lucro financeiro** reportado pelas operadoras.

52. Com efeito, notadamente em cenários de **juros elevados**, é cediço que as operadoras ostentam vultosos resultados financeiros, os quais não são repassados sequer indiretamente aos consumidores. Vale referir que o **lucro “não operacional”** é um fato certo, na medida em que mesmo em cenários econômicos desafiadores apenas ocorre a redução absoluta dos ganhos – e jamais se espera um prejuízo.

53. A minuta da ANS também não estabelece limites para o percentual de aumento da mensalidade decorrente da revisão técnica, dentro de uma janela de tempo razoável, o que pode gerar ônus excessivos para os consumidores.

54. É fundamental que a norma preveja limites para o aumento, de forma a proteger os beneficiários de reajustes abusivos. **A título de proposta, qualquer revisão superior a 10% ao ano deverá ser submetida ao Ministério da Fazenda (vide Art. 4º da Lei n. 9.961/00) e/ou dependerá de deliberação do Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu (vide art. 35-B da Lei n. 9.656/98), e sempre preservará a capacidade de pagamento dos beneficiários.**

55. Sobre as questões acima, é notável que o debate e a discussão técnica ainda precisam de profundidade e maturidade de discussão.

56. Todos esses elementos devem constituir base de análise e reanálise pelo regulador, que não poderá dispensar igualmente um rígido processo de **avaliação do resultado regulatório (ARR)**.

57. A proposta regulatória da ANS também busca **alterar a RN 557**, que trata sobre

classificação, características e formas de contratação dos planos de saúde.

58. Especificamente, o art. 23 da minuta, que trata da **rescisão do contrato**, deve ser alterado para **limitar a possibilidade de rescisão unilateral** por parte das operadoras, **proibindo a rescisão imotivada, exceto em casos de fraude ou inadimplência comprovada**, e exigindo justificativa clara e comprovada, prazos de aviso prévio adequados, de no mínimo 90 dias, e a apresentação de um plano de migração para o consumidor.

59. A proibição da rescisão unilateral em Planos de Saúde visa construir um ambiente de **maior equilíbrio de forças**, incentivar a prevenção e o cuidado com a saúde, além de nortear a sustentabilidade do sistema.

60. Assim, vedar a rescisão unilateral é imperativa para **corrigir assimetrias estruturais no mercado de saúde suplementar, proteger a relação contratual de pequenas empresas e coibir práticas predatórias de seleção de risco**. A fragilidade negocial das empresas contratantes – especialmente micro e pequenos negócios – frente às operadoras, somada à lógica de descarte de carteiras "problemáticas", exige intervenção estatal para preservar o equilíbrio econômico-financeiro e a função social dos contratos.

61. Além disso, a proibição da rescisão unilateral é um incentivo estratégico para realinhar o modelo de negócios das operadoras, priorizando programas de prevenção e cuidado integral, com reflexos positivos na redução de custos assistenciais a longo prazo.

62. A vedação da rescisão unilateral é talvez o maior sinal de estímulo para que operadoras invistam em programas de medicina preventiva, gestão de crônicos e telemedicina. Atualmente, o modelo de "porta giratória" – no qual operadoras descartam grupos de alto risco – desincentiva investimentos em ações de longo prazo, como rastreamento de doenças e acompanhamento de comorbidades.

63. Estudos de economia da saúde demonstram que o valor investido em prevenção reduz significativamente os custos hospitalares no futuro. A manutenção obrigatória dos vínculos contratuais forçaria as operadoras a adotarem estratégias de valor em saúde, substituindo a lógica de "corte de custos" por uma visão de **gestão integrada de risco populacional**. Isso alinharia interesses econômicos e sanitários, reduzindo a judicialização e a dependência do SUS para tratamentos evitáveis.

64. A proibição da rescisão unilateral não é apenas uma medida protetiva, mas um alicerce para transformar o modelo de saúde suplementar. Ao garantir relações contratuais estáveis, as operadoras serão compelidas a **substituir a "lógica de sinistros"** por modelos preditivos e proativos, nos quais a saúde do beneficiário é um ativo, não um passivo. Essa mudança de paradigma – respaldada por experiências internacionais bem-sucedidas – reduzirá gastos com doenças evitáveis e fortalecerá a sustentabilidade do sistema, assegurando que o

lucro das operadoras esteja atrelado à qualidade de vida dos usuários, não à seleção de riscos. Como afirmou o STJ no Tema Repetitivo 1.082, **a saúde é "bem da vida indisponível"**, e sua tutela exige que o mercado opere sob regras que priorizem vidas, não planilhas contábeis.

65. A **transparência para o consumidor** também deve ser melhor enfatizada, com exigências de **informações detalhadas para além dos boletos e faturas**. É preciso que as informações sobre reajuste e revisão estejam disponíveis de modo claro e detalhado, de modo *on time* aos consumidores.

66. No ponto, as sugestões do MPF seguem a linha das propostas lançadas ao tempo da Consulta que busca revisitar a RN 509, quando se destacou o dever das operadoras de disponibilizarem **aplicações para celulares intuitivas e responsivas** às consultas e requerimentos dos usuários.

67. Com o objetivo de agregar ao processo participativo, para além das considerações acima, **seguem as seguintes sugestões de texto**:

A) Item de Contribuição: Art. 3º da RN 565

- **Opinião:** Alteração. Art. 3º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes e **revisões** das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares, **e coletivos com menos de mil vidas**, de assistência suplementar à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

B) Item de Contribuição: Art. 10 da RN 565

- **Opinião:** Alteração. Art. 10. Quando da aplicação dos reajustes autorizados pela ANS, deverá constar de forma clara e precisa, **nos aplicativos disponíveis em meio digital ao consumidor** e no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, o nome, o código e o número de registro do produto e o mês previsto para o próximo reajuste.

C) Item de Contribuição: Art. 24 da RN 565

- **Opinião:** Alteração. Art. 24. Nenhum contrato coletivo poderá sofrer qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária em periodicidade inferior a doze meses, **(texto suprimido)** ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998, **bem como a regra relativa ao aporte de recursos em entidades de autogestão, na forma do art. 11-A da Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, ou outra norma que vier a sucedê-la.**

D) Item de Contribuição: Art. 27,II, da RN 565

- **Opinião:** Alteração. Art. 27, II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente e sua composição refletirá a realidade do mercado de saúde, conforme listagem aprovada e divulgada anualmente ao setor pela ANS.

E) Item de Contribuição: Art. 27, II, IV e VI da RN 565

- **Opinião:** Sugere-se a **reestruturação do tema “reajuste por sinistralidade”**, tendo em consideração as críticas já tecidas referentes ao tema revisão técnica.

F) Item de Contribuição: Art. 28, I, da RN 565

- **Opinião:** Alteração. Art. 28. (...) I - os percentuais de reajuste (**texto suprimido**) aplicados; e

G) Item de Contribuição: Art. 30 e 30, § 2º, da RN 565

- **Opinião:** Alteração. Art. 30. Para fins do disposto no art. 28 desta Resolução, deverá ser comunicada qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária (**texto suprimido**).

§ 2º Para cada período de doze meses deverá haver ao menos uma comunicação de reajuste (**texto suprimido**) ou manutenção da contraprestação pecuniária.

H) Item de Contribuição: Art. 32 da RN 565

- **Opinião:** Alteração. “Art. 32. Os aplicativos disponíveis em meio digital ao consumidor e os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos coletivos, deverão conter as seguintes informações:”

I) Item de contribuição: Art. 3º, I, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** Alteração. "A operadora deve apresentar **indícios de desequilíbrio econômico-financeiro na carteira que, se não corrigidos, poderão comprometer a sua solvência, acompanhado de plano de mitigação de ocorrências e demonstração efetiva de implementação de ajustes**". Essa alteração permite que a operadora solicite a revisão técnica de forma preventiva, evitando que a situação se agrave e cause prejuízos aos consumidores. De toda a forma, a fim de resguardar consumidores, a apresentação dos indícios deve ser acompanhada de evidências concretas do quanto alegado, e implementação de medidas de *compliance* para mitigação das falhas identificadas. Cabe a demonstração de ações já em curso para mitigação das falhas. O desequilíbrio econômico-financeiro precisará ser demonstrado através de prejuízo operacional e não operacional na carteira global por três anos consecutivos,

com comprovação de medidas prévias de contenção de custos.

J) Item de contribuição: Art. 4º, IV, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** inclusão de inciso. "IV - a operadora deve apresentar um programa vinculado a ações de cuidado e prevenção, contendo incentivos à adesão pelos beneficiários.

K) Item de contribuição: Art. 4º, *parágrafo único*, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** Alteração. "A ANS poderá, **em caráter excepcional e mediante justificativa técnica**, exigir outras contrapartidas das operadoras que receberem a revisão técnica". Sob a ótica do princípio da motivação, a medida assegurará tratamento isonômico e a vinculação aos motivos determinantes da imposição, evitando práticas desproporcionais e discriminatórias. Necessidade de acompanhamento periódico pela ANS das contrapartidas, com possibilidade de suspensão da revisão caso não sejam cumpridas.

L) Item de contribuição: Art. 5º da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** Alteração e Inclusão. Sugere-se incluir um parágrafo que determine que o cálculo da revisão técnica seja realizado tendo por base, no mínimo, os seguintes elementos: (a) diagnóstico da situação econômico-financeira da carteira; (b) projeção dos custos e receitas da carteira; (c) argumento técnico para o percentual de revisão solicitado; (d) análise de impacto da revisão sobre os beneficiários; (e) medidas de acompanhamento e avaliação dos resultados da revisão.

M) Item de contribuição: Art. 6º da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** Estudo de inclusão
- **Justificativa:** A minuta não estabelece limites para o percentual de aumento da mensalidade decorrente da revisão técnica, dentro de uma janela de tempo razoável, o que pode gerar ônus excessivos para os consumidores. É fundamental que a norma preveja limites para o aumento, de forma a proteger os beneficiários de reajustes abusivos. A título de proposta, qualquer revisão superior a 10% ao ano deverá ser submetida ao Ministério da Fazenda (vide Art. 4o da Lei n. 9.961/00 ou dependerá de deliberação do Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu (vide art. 35-B da Lei n. 9.656/98), e sempre preservará a capacidade de pagamento dos beneficiários.

N) Item de contribuição: Art. XX - Disposições Transitórias da Minuta de Resolução Normativa

sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** Inclusão
- **Justificativa:** Considerando a complexidade do tema e a necessidade de aprofundar o debate com a sociedade, sugere-se incluir um artigo que determine a criação de um grupo técnico com representantes de diversos setores (consumidores, operadoras, especialistas, órgãos de defesa do consumidor) para discutir e apresentar propostas de aperfeiçoamento da regulamentação da revisão técnica. Esse grupo deverá apresentar suas conclusões em um prazo de [X] meses, a partir da publicação da RN.

TEMA 2 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

68. A agência apresentou proposta regulatória para definir e limitar o uso de **fatores de moderação financeira pelas operadoras de planos de saúde**. Inicialmente, louva-se a abertura de procedimento de avaliação de impacto regulatório sobre tema relevante e que se encontra presente no resto do mundo, com incidência inclusive em sistemas públicos de saúde.

69. Não obstante, a primeira crítica que se apresenta diz respeito à **ausência de estudo combinado** com os **demais fatores de moderação de uso, não financeiros**.

70. O próprio relatório de AIR chega a mencionar hipóteses não financeiras, como o direcionamento para rede própria, médico-porteiro, autorização prévia, etc, contudo, não enfrenta o ponto quanto à pertinência de exame conglobante, de modo a **ter como objeto único o ajuste de incentivos para prevenir a sobreutilização dos serviços de saúde**.

71. Estranhamente, o **artigo 4º da minuta de RN é expresso ao permitir o uso de mecanismos de regulação** assistencial nas hipóteses de isenção de franquia, sem que se tenha abordado minimamente nos estudos de AIR as hipóteses de mercado e seus efeitos sobre os agentes da cadeia de saúde suplementar.

72. Ao final da minuta de norma, o **art. 12** autoriza as operadoras a concederem **desconto, concessão de pontuação para troca de produtos ou qualquer outra vantagem análoga**, com foco no incentivo à utilização consciente do plano de saúde e assim evitar-se a sobreutilização.

73. As ferramentas não financeiras disponíveis para as operadoras são muitas e cada uma delas merece uma reflexão técnica, baseada no comportamento esperado do consumidor e demais agentes.

74. Em verdade, sequer existe diferença prática em termos financeiros entre as duas espécies de fatores moderadores, na medida em que tanto os fatores *financeiros* como os *não financeiros* buscam evitar desperdícios a partir de métricas comportamentais e por consequência contribuir para o uso sustentável dos recursos.

75. É dizer: a autorização para o uso dos mecanismos de regulação não financeiros está desprovida de estudo regulatório sistêmico, desconexo com as hipóteses de soluções possíveis de serem alcançadas pela agência reguladora ao final da AIR.

76. A atual consulta pública, limitada à discussão de franquias e coparticipação, olvida evidências internacionais que demonstram a necessidade de abordagens integradas para moderação de demanda, como a porta de entrada com médicos generalistas, protocolos clínicos baseados em evidências e programas de prevenção primária. Em síntese, os fatores de moderação de uso (financeiros ou não) estão sendo utilizados amplamente pelo mercado e a regulação peca por não enfrentar atentamente essas práticas, permitindo abusos.

77. No Brasil, a competência da ANS para regular o tema é inconteste, na medida em que a Lei de Planos de Saúde (**Lei. 9.656/98**) estipulou que **os mecanismos de regulação se constituem como pontos característicos dos contratos de planos de saúde e estão subordinados às normas e à fiscalização da ANS** (art. 1º, § 1º, 'd'). Nesse sentido, a franquia, os limites financeiros e os percentuais de coparticipação são componentes da fórmula regulatória do setor de saúde suplementar, e por isso guardam especial atenção dos agentes do mercado, especialmente operadoras e consumidores (art. 16, VIII).

78. A competência da agência restou referendada pela Lei que instituiu a ANS (**Lei. 9.961/00**), que expressamente diz que cabe à ANS estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde (art. 4º, VII).

79. Não se olvida que a experiência vivida no ano de 2018, ao tempo da edição da **Resolução Normativa 433**, trouxe insegurança geral ao mercado, contudo, os ensinamentos absorvidos diante do processo e a maturidade atual sobre o tema, permitem sua revisitação e estudo, de modo a conferir parâmetros regulatórios para o tema, notadamente diante da evidência de que, desde 2018, o mercado nacional de planos de saúde migrou em sua maioria para os modelos de contratos contendo cláusulas com mecanismos de moderação de uso.

80. A falha regulatória que ora se busca reparar vem ao encontro dos interesses de operadoras e consumidores, na medida em que aqueles poderão ter **maior segurança jurídica** quanto aos limites do uso dos instrumentos citados (e **menor judicialização**), e que estes poderão agora ter melhor controle e transparência sobre as práticas do mercado.

81. Busca-se assim um equilíbrio entre a sustentabilidade financeira das operadoras

e o acesso dos consumidores aos serviços de saúde de qualidade.

82. A primeira questão a ser destacada é que os mecanismos financeiros de moderação como **a franquia e a coparticipação devem se limitar a corrigir ou limitar o chamado risco moral**, que surge quando a posse de um seguro ou a garantia de acesso a cuidados de saúde altera o comportamento dos indivíduos, levando-os a adotar comportamentos mais arriscados ou a utilizar os serviços de saúde de forma mais intensiva do que o necessário.

83. **Não servem, portanto, como um instrumento de financiamento** dos procedimentos de saúde, na medida em que para tanto a operadora de planos de saúde já conta com os valores de contrapartida custeados pelo contratante. A insistência no ponto, em um país como o nosso, implicará no **cerceamento da busca oportuna por cuidado**, aumentando custos com complicações evitáveis.

84. Dessa maneira, enquanto faz sentido a aplicação de mecanismos de moderação para consultas, exames e outros atendimentos ambulatoriais, o mesmo não se verifica quando tratamos de procedimentos de internações, urgências, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, etc.

85. Outro segmento onde os mecanismos de moderação não se justificam é o de **cuidado de atenção primária e preventiva**, na medida em que é desejável que o usuário adira a programas de saúde com vistas a evitar a ocorrência ou agravamento de doenças.

86. Outrossim, é imprescindível a aplicação de limites no uso desses fatores moderadores, com vistas a **evitar que eles se configurem como fato restritor severo**, distanciando o consumidor da atenção de saúde necessária.

87. A franquia e a coparticipação devem apresentar limites mensais e anuais, de modo a conferir previsibilidade e controle por parte do consumidor. No dia-a-dia, o usuário pode bem compreender esses conceitos e sua aplicação limite, desde que a **simplicidade** seja mantida tanto **no momento da oferta** dos produtos quanto **ao tempo do seu uso**.

88. Assim, admite-se um modelo onde uma consulta junto a um especialista pode estar condicionada ao pagamento de um valor fixo (*copays*), ou mesmo a um percentual (*coinsurance*) previamente conhecido, e o total gasto ao longo do mês/ano bem identificado para fins de verificação dos limites máximos a serem cobrados dos usuários (*out-of-pocket maximums*).

89. O usuário deve ter **pleno e imediato (on time) conhecimento dos custos presentes nas faturas produzidas pelos prestadores** visto que ele arcará diretamente com parte dos valores. Assim, além do acompanhamento via boleto expedido pela operadora e via Portal

de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), **o consumidor também deve receber uma nota de serviços** logo que deixar o atendimento junto ao prestador.

90. Isso porque, atualmente, o consumidor recebe sua conta muito tempo depois, quando já não é tão viável uma avaliação precisa da justeza dos valores diante de uma **natural perda de memória**.

91. Como a realidade indica que há, na prática, dois pagadores pelos serviços de saúde prestados, nada mais adequado que o controle dos valores dispostos na fatura seja objeto de escrutínio tanto pela operadora quanto pelo consumidor (**o caso é de legitimação**). A medida traz mais transparência às práticas dos prestadores, auxilia no controle dos preços e promove evidente conscientização dos custos gerais por parte dos usuários do sistema.

92. A agência deve assim fixar **prazos máximos aos prestadores para a apresentação de notas de serviços ou faturas** de usuários de planos de saúde.

93. Outra preocupação relevante é promover a evolução regulatória de modo que os mecanismos de moderação **não discriminem quaisquer especialidades**. Com efeito, desde a edição da Resolução Consu nº 08/98, a sociedade brasileira muito evoluiu na compreensão e nos métodos de **tratamento das doenças mentais**.

94. Em pleno ano de 2025, é absolutamente injustificável a aplicação de índices e limites de mecanismos de moderação diferentes para a especialidade de **psiquiatria**. Já não serve a ideia histórica ultrapassada de que as famílias esqueceriam seus doentes em clínicas psiquiátricas.

95. Da mesma forma como se argumentou acima, na área da psiquiatria, o usuário do plano de saúde em regra não decide, pois nesse caso a internação depende de decisão do médico. No campo do tratamento psiquiátrico, muito se evoluiu desde as obsoletas medidas de isolamento para uma vertente mais atual de ressocialização e convivência. Assim, qualquer política regulatória que exija coparticipação em **tratamento ambulatorial psiquiátrico**, como a política do “Hospital Dia”, importa em verdadeiro retrocesso.

96. Semelhantemente, uma **internação psiquiátrica** de longo período que exija uma coparticipação (ainda mais no patamar de 50%) é um desserviço para a recuperação do paciente, visto que a implicação financeira será um fator para o abandono compulsório do tratamento.

97. Tratamentos continuados como hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, bem como medicamentos oncológicos e imunobiológicos, devem ser expressamente excluídos da incidência de mecanismos financeiros. E, como dito, na área de saúde mental, é fundamental rever a cobrança em atendimentos ambulatoriais e hospital-dia, que representam alternativas mais adequadas e econômicas que a internação integral.

98. Não podemos assim admitir que os mecanismos em questão sirvam para se aceitar a lógica do **paciente “meio curado”**, que receberá adequada atenção apenas por curto período e que certamente reincidirá no sistema.

99. De acordo com a **Lei n. 13.146/15**, toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação (art. 4º). Inclusive, o processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência (art. 14).

100. Assim, a instituição de limites mais restritivos para o atendimento em hospital-dia ou para a internação psiquiátrica deve ser vedada.

101. Por fim, o beneficiário tem o direito de receber uma **nota de serviço após cada utilização do plano**, seja para um procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente a ser pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde. Isso fomenta a transparência, o controle e a consciência pessoal dos custos pessoais com a saúde.

102. Após tais esclarecimentos, com o objetivo de agregar ao processo participativo, para além das considerações acima, seguem as seguintes sugestões de texto:

A) Item de Contribuição: Art. 4º, caput e §§ 1º ao 3º da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** Alteração com nova submissão de redação após estudo regulatório. Necessidade de inserir na AIR os mecanismos de moderação de uso não financeiros.

B) Item de Contribuição: Art. 5º, § 4º da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** Alteração. “A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, **até 180 dias após o procedimento ou evento de saúde**, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.”

C) Item de Contribuição: Art. 5º, § 6º, III, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** supressão do texto. Retirar discriminação com as internações psiquiátricas.

D) Item de Contribuição: Art. 6º, V, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** supressão do texto. Retirar previsão de cobrança para eventos que não apresentam risco moral.

E) Item de Contribuição: Art. 7º, *caput*, e §§ 2º e 3º, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** supressão do texto. Retirar discriminação com as internações psiquiátricas.

F) Item de Contribuição: Art. 8º, *caput*, e §§ 1º ao 4º, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** supressão do texto. Retirar previsão de cobrança para eventos que não apresentam risco moral.

G) Item de Contribuição: Art. 8º, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** nova redação. “É assegurado ao usuário, no prazo de 10 dias após a finalização do atendimento, a apresentação de nota de serviços ou fatura, com detalhamento dos preços e serviços aplicados, sempre que o procedimento ou evento de saúde estiver submetido às regras dos mecanismos financeiros de regulação, independentemente de eventual ajuste ou correção futura decorrente de glosa ou outro fator negocial com a operadora, quando então o usuário será comunicado através dos meios digitais de atendimento .”

H) Item de Contribuição: Art. 9º, § 6º, da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** alteração do texto. “§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do *caput* deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, **e sua utilização dependerá de prévio comunicado à ANS, além da disponibilização periódica de relatórios que atestem a veracidade dos preços referenciados na tabela.**

I) Item de Contribuição: Art. 12 da Minuta de Resolução Normativa sobre Revisão Técnica

- **Opinião:** Alteração com nova submissão de redação após estudo regulatório. Necessidade de

inserir na AIR os mecanismos de moderação de uso não financeiros.

TEMA 3 - VENDA ON-LINE

103. A proposta regulatória apresentada visa a **obrigatoriedade da venda online** e é vista como uma forma de incentivar a digitalização e modernização das operadoras, melhorando a experiência do usuário e aumentando a concorrência e a transparência no mercado. A medida pretende mitigar a seleção de risco e reduzir as assimetrias de informação, garantindo acesso uniforme à oferta de planos por meio eletrônico.

104. A comercialização eletrônica compulsória é medida elogiável porque **aproxima o consumidor à tábua de produtos** oferecidos pelos planos de saúde. Se a transparência for levada a efeito, **o consumidor poderá realizar comparações em tempo real**, reduzindo a assimetria e os custos envolvidos com o relacionamento com terceiros.

105. Com efeito, **nem sempre os corretores de seguros possuem todas as informações necessárias**. Sem prejuízo do papel consultivo dos corretores, que podem agregar valor ao processo de escolha informada pelo consumidor, estes não podem servir como **barreira ao acesso direto às informações** sobre os produtos disponíveis pelas operadoras, notadamente para grupos de consumidores mais esclarecidos ou que preferem realizar as buscas e comparações de mercado.

106. A possibilidade de venda sem intermediação também pode servir para **evitar possível direcionamento de vendas por maus corretores (esmagadora minoria, diga-se)**, que podem oferecer produtos de operadoras que bonifiquem direta ou indiretamente os profissionais de corretagem – ou mesmo deixa-se de ofertar ótimos produtos cujas empresas não possuem políticas agressivas e anti-éticas.

107. Nesse novo contexto, a **padronização das ofertas** é deveras importante, sobretudo para modelar os tipos de: i) Abrangência do plano (nacional, local); ii) Cobertura; iii) Rede de assistência; iv) Rede Mensalidade; e v) Franquia ; vi) Co-participação - e assim, permitir melhor comparação entre distintas operadoras.

108. **A padronização pode ser inclusive apoiada e modelada pela ANS**, com a regulamentação de script de atendimento digital ou mesmo através de serviço centralizado de hospedagem de informações de preços e produtos (tabela publicada no site da ANS).

109. Essa padronização pode inclusive suscitar novos estudos com vistas à atualização

da RN 509, que trata da **transparência das informações** e da obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil.

110. Ainda assim, com o objetivo de agregar ao processo participativo, para além das considerações acima, seguem as seguintes sugestões de texto:

A) Item de Contribuição: Art. 2º, *caput*, da RN n. 413

- **Opinião:** Alteração. "As operadoras de planos de saúde deverão oferecer a opção de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde, facultada ao consumidor a escolha por outros canais de atendimento".

B) Item de Contribuição: Art. 2º, Parágrafo único, da RN n. 413

- **Opinião:** Inclusão. "As operadoras de pequeno porte, assim definidas pela ANS, poderão cumprir a obrigatoriedade prevista no *caput* deste artigo de forma progressiva, nos termos a serem definidos em regulamentação específica". A medida visa mitigar o impacto financeiro e operacional da obrigatoriedade sobre as operadoras menores, garantindo a sua permanência no mercado e a manutenção da oferta de planos individuais.

C) Item de Contribuição: art. 4º, § 2º, da RN 413

- **Opinião:** alteração. "O Guia de Orientação previsto no artigo 18 desta Resolução especificará outras informações que deverão ser destacadas, com vistas à padronização, clareza e transparência da oferta."

D) Item de Contribuição: art. 4º, § 3º, da RN 413

- **Opinião:** inclusão. "As operadoras são obrigadas a disponibilizar no momento da oferta on-line de produtos, com destaque, todas as informações acerca dos diferentes tipos de contratação de plano privado de saúde, conforme exigido pelo art. 18 da RN 509".

E) Item de Contribuição: art. 4º, § 4º, da RN 413

- **Opinião:** Inclusão. "As operadoras devem oferecer canais de atendimento online (chat, telefone, videoconferência) para auxiliar os consumidores no processo de contratação, solucionar dúvidas e receber reclamações".

CONCLUSÃO

111. A discussão aberta pela ANS a partir da Consulta Pública n. 145 é absolutamente

pertinente e atual, demonstrando o compromisso histórico da agência em buscar regular o mercado da saúde suplementar, com foco na sustentabilidade do setor e na qualidade do atendimento à saúde pelos usuários.

112. Não obstante, a exclusão de certos critérios qualitativos na avaliação de impacto regulatório inviabiliza aferir se as mudanças propostas realmente promoverão uso racional ou apenas transferirão custos para usuários.

113. Nosso ordenamento jurídico exige que reguladores considerem sempre os efeitos sistêmicos, mas a ANS apresentou propostas restritas a variáveis financeiras, ignorando determinantes comportamentais e clínicos. Essa abordagem fragmentada, ao não enfrentar causas estruturais da judicialização (ex.: cancelamentos unilaterais por seleção de risco), tende a ampliar litígios, onerando o Judiciário e perpetuando assimetrias entre operadoras e consumidores.

114. Reconhece-se que a adoção de eventuais medidas regulatórias de forma isolada poderá agravar o desequilíbrio do setor. Contudo, embora seja essencial que qualquer proposta regulatória seja concebida de maneira integrada e com uma visão sistêmica, isso não implica necessariamente a mera concentração de temas. Entende-se que a complexidade do setor de planos de saúde o enquadraria no conceito de “**problemas perversos**” ou “**wicked problems**”, caracterizados por sua natureza multifacetada, interconexa e dinâmica, tornando-os difíceis de definir e resolver.

115. Em termos teóricos, tais problemas estariam a exigir abordagens inovadoras e colaborativas para serem enfrentados, não possuindo soluções fáceis ou óbvias, mas que devem ser abordados por meio de um processo iterativo de experimentação, aprendizado e adaptação, já que é consabido que qualquer ajuste regulatório terá impactos maiores ou menores em outros campos do setor regulado.

116. Por oportuno, não é demais reforçar que a RN nº 548 prevê traço distintivo entre a Participação Social Ampla (PSA), voltada ao público em geral, e **Participação Social Dirigida (PSD)**, voltada a atores e grupos específicos que possuem conhecimento técnico ou interesse no setor de saúde suplementar (Art. 18). E muito embora a Audiência Pública nº 50 se enquadre como PSA, a **criação de câmaras técnicas (PSD)** também poderia auxiliar no aprofundamento de discussões sobre temas complexos, mostrando-se recomendável a combinação da realização de audiências públicas (PSA) com a criação de câmaras técnicas (PSD) para aprofundar a discussão sobre temas complexos e garantir a participação de especialistas e representantes da sociedade civil.

117. Por esse motivo, diante da complexidade dos temas e da diversidade de opiniões apresentadas, **é fundamental que a ANS continue a promover o aprofundamento do diálogo e**

da busca por soluções consensuais.

Brasília/DF, data da assinatura eletrônica.

Assinado eletronicamente

HILTON MELO

Procurador da República

Coordenador do GTPS/3ªCCR

Assinado eletronicamente

FABIANO DE MORAES

Procurador da República

Membro do GTPS/3ªCCR

Assinado eletronicamente

NIEDJA GORETE DE ALMEIDA ROCHA KASPARY

Procuradora da República

Membro do GTPS/3ªCCR

Assinado eletronicamente

MARCUS VINICIUS AGUIAR MACEDO

Procurador Regional da República

Membro do GTPS/3ªCCR

Assinado eletronicamente

THIAGO PINHEIRO CORREA

Procurador da República

Membro do GTPS/3ªCCR

Assinado eletronicamente

ROBERTO D'OLIVEIRA VIEIRA

Procurador da República

Membro do GTPS/3ªCCR



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PGR-00037910/2025 NOTA TÉCNICA nº 1-2025**

.....
Signatário(a): **HILTON ARAUJO DE MELO**

Data e Hora: **18/02/2025 16:27:23**

Assinado com login e senha

.....
Signatário(a): **MARCUS VINICIUS AGUIAR MACEDO**

Data e Hora: **18/02/2025 16:38:25**

Assinado com login e senha

.....
Signatário(a): **THIAGO PINHEIRO CORREA**

Data e Hora: **18/02/2025 17:00:11**

Assinado em nuvem

.....
Signatário(a): **ROBERTO D OLIVEIRA VIEIRA**

Data e Hora: **18/02/2025 17:05:52**

Assinado em nuvem

.....
Signatário(a): **NIEDJA GORETE DE ALMEIDA ROCHA KASPARY**

Data e Hora: **18/02/2025 17:51:05**

Assinado em nuvem

.....
Signatário(a): **FABIANO DE MORAES**

Data e Hora: **19/02/2025 13:56:35**

Assinado com login e senha

.....
Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave a9271450.f967724d.064209a1.e4d0ce2b