

ANS

CÂMARA TÉCNICA

Mecanismo de Regulação

Financeira

2026

BRASÍLIA – DF

Legenda:

- 1) **Palavras, nomes, siglas ou expressões sublinhadas** – Houve dúvida na compreensão;
- 2) **(Cerimonialista)** – Interlocutor não informa o nome ao se pronunciar;
- 3) **Reticências (...)** – Frase não concluída;
- 4) **(Intervenção fora do microfone)** – Várias falas foram do microfone em que não foi possível a compreensão;
- 5) **(Intervenções simultâneas)** – Várias falas ao mesmo tempo, impossibilitando a compreensão;
- 6) **(Interlocutor inaudível)** – Interlocutor fala fora do microfone com identificação apenas de palavras desconexas.

1 **Adriana Brandão de Souza** – Vou iniciar. Boa tarde, sejam todos bem-vindos à Câmara Técnica
2 Mecanismos Financeiros de Regulação, realizada pela ANS para discutir com a sociedade a
3 atualização das normas de mecanismos financeiros de regulação da Resolução COMSU nº 8, de
4 1998. Para abrir esta reunião, convido a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos, Lenise
5 Secchin.

6

7 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – Obrigada, Adriana. Boa tarde a todas e a todos que
8 participam dessa Câmara Técnica para discutir com a sociedade a atualização das normas dos
9 mecanismos de regulação financeira. O Instituto da Câmara Técnica tem por objetivo reunir um
10 grupo de Consultivo especializado, formado por especialistas e técnicos do setor, destinado a
11 analisar um assunto complexo como esse e, assim, subsidiar as decisões da ANS. Foram
12 convidados para essa reunião especialistas do setor, além dos membros da Câmara da Saúde
13 Suplementar, garantindo-se, assim, uma pluralidade dos representantes, além do corpo
14 técnico da ANS. Esse é um primeiro passo nessa retomada de discussão sobre o tema, agora
15 liderado pela DIPRO, diretoria que está comigo nesse momento. E é claro que as discussões
16 anteriores também foram estudadas pela equipe. E, de toda forma, contamos aqui com a
17 contribuição genuína, técnica, baseada nas melhores práticas nacionais e internacionais sobre
18 mecanismos de regulação financeira, que não deve ser confundido com cofinanciamento. Na
19 economia, essa regulação é vista como uma forma de intervenção para corrigir falhas de
20 mercado e a utilização de fatores moderadores, como coparticipação e franquia, são
21 considerados mecanismos de regulação financeira de demanda, que têm por objetivo alinhar
22 incentivos econômicos, reduzir consumos desnecessários de serviços e contribuir para a
23 sustentabilidade do sistema de saúde, ou seja, gerenciar o risco sistêmico, assegurando que
24 recursos limitados sejam alocados de forma eficiente. Esses instrumentos são utilizados para
25 enfrentar o problema do risco moral, conceito amplamente discutido por Kenneth Harrell, que
26 descreve a tendência do maior consumo do serviço quando o indivíduo está protegido por um
27 seguro. Contudo, precisamos levar em consideração evidências empíricas relevantes que foram
28 produzidas pelo (inaudível) no Health Insurance Experiment, um dos estudos mais influentes
29 da economia da saúde. O experimento demonstrou que níveis mais elevados de coparticipação
30 reduzem significativamente a utilização de serviços médicos, evidenciando o papel desse
31 instrumento como mecanismo de regulação de demanda. Citando aqui o Joseph (inaudível)
32 que é o especialista em financiamento da saúde do World Health Organization, ele define que
33 a regulação financeira no sistema de saúde consiste nas regras e instrumentos que orientam a
34 arrecadação, o agrupamento e a utilização dos recursos para garantir eficiência, equidade e
35 proteção financeira da população. É nesse espírito que precisamos nos debruçar sobre esse
36 tema e ter em mente sempre que a atenção é individual, mas o seu impacto é no coletivo,
37 afinal, esse é um setor alicerçado no mutualismo. Sem mais delongas, eu agradeço a
38 participação de todos nessa Câmara Técnica, desejo uma reunião produtiva, técnica, que se
39 baseie nas melhores literaturas e boas práticas. E faço um agradecimento especial à equipe da
40 DIPRO especialmente da GGREP / GEFAP, aqui em nome de Dominique, a diretora adjunta,
41 Cátia, a gerente-geral, e Daniele, a nossa gerente financeira. Muito obrigada, ótima reunião,
42 que é a primeira delas, a todos. Adriana, devolvo a palavra.

43

44 **Adriana Brandão de Souza** – Obrigada, diretora. Antes de iniciarmos a apresentação, gostaria
45 de realizar a leitura do regimento interno desta Câmara Técnica. Pedimos que os microfones
46 fiquem desligados enquanto outro participante ou a mesa estiverem com a palavra. Este evento
47 está sendo gravado pelo Microsoft Teams, então, todos aqueles que se manifestarem já

48 autorizam tacitamente o uso de sua imagem e voz pela ANS. Esta reunião será presidida pela
49 mesa diretora, doravante denominada Mesa, composta por representantes da ANS. As
50 apresentações terão duração máxima de 10 minutos, sendo assegurados 5 minutos para
51 perguntas relacionadas à exposição, com um limite de 1 minuto por pergunta. A participação
52 nos debates ocorrerá por ordem de solicitação. A inscrição para se manifestar deverá ser
53 realizada por meio do recurso de mão levantada, do Microsoft Teams, com indicação do nome
54 completo e da entidade representada. Após as exposições, a mesa poderá se manifestar para
55 responder as perguntas dirigidas, a cada pergunta individualmente ou cada bloco de 3
56 perguntas, a critério da presidência da mesa. Quando forem dirigidas perguntas à mesa
57 diretora, essa disporá de até 3 minutos para resposta. Quando couber, o presidente da mesa
58 poderá conceder ao participante 1 minuto para réplica e 1 minuto para tréplica da mesa. A
59 mesa poderá manifestar-se com prioridade de ordem sempre que julgar necessário. Compete
60 à mesa adotar as medidas necessárias para assegurar a urbanidade dos debates e o
61 cumprimento deste regulamento interno. As contribuições apresentadas nesta Câmara Técnica
62 serão analisadas e consolidadas em relatório técnico que será posteriormente disponibilizado
63 no portal da ANS. Por fim, solicitamos o preenchimento da lista de presença através do link que
64 estará disponível no chat do Teams. Recados dados, para conduzir esta Câmara Técnica, eu
65 convido, como apresentadora, Daniele Rodrigues, gerente econômico-financeiro e atuarial dos
66 produtos, e como moderadora, Cátia Mantini, gerente geral regulatória da estrutura dos
67 produtos.

68

69

70 **Daniele Rodrigues Campos** – Boa tarde, Adriana, Cátia, Lenise, todos os participantes desta
71 Câmara Técnica. Cátia, você quer fazer alguma colocação?

72

73 **Cátia Mantini** – Não, Dani, acho que já podemos começar para esta tarde, que ela seja bem e
74 proveitosa, dar boas-vindas a todos os participantes e agradecê-los pela presença.

75

76 **Adriana Brandão de Souza** – Já posso compartilhar a apresentação, Daniele?

77

78 **Daniele Rodrigues Campos** – Pode, por favor. Então, vamos lá. Boa tarde a todos.
79 Primeiramente, eu gostaria de agradecer a presença de todos os membros da Câmara de Saúde
80 Suplementar e todos aqueles que também foram convidados para esta Câmara Técnica, que é
81 um fórum de discussão técnica e objetiva sobre exatamente esse tema que estamos tratando,
82 que é mecanismos financeiros de regulação. Eu quero também agradecer à equipe da GEFAP,
83 por toda a construção desse trabalho. Não é um trabalho recente, é um trabalho construído há
84 bastante tempo. Eu agradeço a toda a equipe pela construção e pelo comprometimento com
85 o interesse público, e também deixá-los bastante à vontade para qualquer colocação, qualquer
86 participação que queiram fazer. Agradecer também à Lenise e à Cátia e à Dominique, pela
87 confiança e pela continuidade desse projeto, porque é um projeto que já passou por algumas
88 gestões. Eu fico muito feliz que continuemos dando continuidade a esse projeto, que é um
89 projeto tão relevante. O objetivo desta apresentação é contextualizar o debate sobre o
90 mecanismo financeiro de regulação, especificamente coparticipação e franquias, no âmbito da
91 política de preços e reajuste. Não podemos perder esse norte, estamos dentro desse contexto
92 de políticas de preço e reajuste, apresentando o histórico dessas discussões, problema
93 regulatório que nós identificamos e os possíveis caminhos regulatórios que vêm sendo
94 analisados pela área técnica. A Câmara Técnica faz parte do processo de diálogo regulatório

95 que busca construir soluções a partir da participação de todos. Eu vou mostrar para vocês que
96 tivemos teve uma ampla participação social por meio de tomada pública de subsídios,
97 audiências públicas, Consultas públicas. E todos esses movimentos de participação social
98 acabaram por terminar na instauração dessa Câmara Técnica que iniciamos agora. Eu coloquei
99 que o mecanismo de regulação financeira está dentro da política de preço e reajuste e eu
100 gostaria de lembrá-los os eixos fundamentais dessa política, que é a sustentabilidade, a
101 transparência e a concorrência. Todo esse é o norte das discussões que nós estamos fazendo
102 aqui. Ela está inserida num contexto muito mais amplo, que é a política de preço e reajuste.
103 Então, quando falamos de sustentabilidade, falamos das operadoras e dos beneficiários,
104 estamos falando do setor. Quando falamos de transparência, precisamos incentivar o equilíbrio
105 de informações entre os agentes econômicos com regras claras e objetivas e reduzir a simetria
106 de informação. E quando falamos de concorrência, estamos falando de estimular a mobilidade,
107 a qualidade na prestação dos serviços, com movimentações mais livres pelos consumidores e
108 que eles tenham acesso e não tenham restrição de acesso, mais especificamente, quando
109 falamos de mecanismo de regulação financeira. Um histórico mais recente sobre esse assunto,
110 sobre essa política de preço e reajuste, vamos levar os nossos dados, os nossos encontros lá
111 para audiência pública, que aconteceu em outubro de 24, quando, pela primeira vez, primeira
112 vez não, mas, quando, naquele momento, nós colocamos, de forma mais transparente e
113 pública, os quatro projetos da política de preço e reajuste. Logo em seguida, nós abrimos a
114 tomada pública de subsídios com perguntas sobre os quatro temas. Em dezembro de 24, já
115 apresentamos para a diretoria colegiada da ANS minuta de normativo para esses quatro temas.
116 Abrimos Consulta pública de dezembro a fevereiro de 2025, e em janeiro de 25 fizemos nova
117 audiência pública, quatro audiências públicas, uma por cada turno, para cada um dos temas da
118 política de preço e reajuste. Quando foi em abril de 25, a reunião 621, da diretoria colegiada,
119 deliberou pela abertura dessa Câmara Técnica. Estamos falando aí quase de um ano, menos de
120 um ano, mas quase um ano depois estamos aqui realizando essa Câmara Técnica que foi
121 deliberada lá em abril do ano passado. Em seguida, nós tivemos uma ação judicial que teve a
122 suspensão da Consulta pública de número 145 e um pedido de AIR conjunto. Em julho,
123 apresentamos esse AIR conjunto e reabrimos a Consulta pública, mas não mais sobre o tema
124 mecanismos de regulação financeira. Fizemos um AIR conjunto sobre outros dois temas da
125 política de preço e reajuste e estamos agora aqui, em fevereiro e março de 2026, discutindo
126 internamente, na ANS, com os servidores da ANS, por meio do diálogo e uso da regulação e a
127 Câmara Técnica que está acontecendo agora, em março desse ano. De uma forma resumida, o
128 que discutimos, naquele momento quando foi apresentada essa discussão sobre mecanismos
129 de regulação financeira? Eu vou detalhar mais como chegamos nesses parâmetros e por que
130 chegamos, mas foi isso que foi o estado da arte lá em abril do ano passado, quando a diretoria
131 colegiada decidiu pela abertura da Câmara Técnica. O que estava sendo proposto, o que estava
132 sendo discutido? Estava sendo discutido e proposto limites de coparticipação e franquia, limites
133 desses fatores moderadores e estava sendo discutido vedação desses fatores moderadores.
134 Então, quais seriam os procedimentos que teriam a incidência de fator moderador vedada e
135 qual seria o limite, tanto do valor do procedimento quanto uma limitação mensal ou anual, da
136 coparticipação? Os números que nós levamos para apreciação e para discussão era esse limite
137 de 30% do procedimento, 30% da mensalidade mensal e 3,6 mensalidades no limite anual, e a
138 vedação para aqueles procedimentos que nós consideramos procedimentos que são isentos
139 de risco moral, e também procedimentos que teriam algum tipo de incentivo para um cuidado
140 maior da saúde, aqueles que nós consideramos, ou que eram considerados à época, aqueles
141 mais preventivos. Foi isso que foi discutido no ano passado e que foi colocado em todas as

142 audiências públicas, em todas as Consultas públicas, na tomada pública de subsídios. Foi isso
143 que estudamos, o nosso AIR está fundamentado para essa discussão. Vamos entrar
144 especificamente no tema, sem esse histórico de 2024 para cá. Vocês vão me perdoar por algum
145 tipo de repetição de conceitos, repetição de regras, repetição de artigos, sejam da lei, sejam
146 da resolução, porque eles são os nossos nortes, é o norte temos, tanto com relação ao que é
147 permitido, tanto com relação ao que é vedado, tanto com relação ao que precisamos fazer
148 dada a lacuna regulatória existente. Por vezes eu vou repetir e vou trazer essas regras, porque
149 por mais que já estejam ditadas aí desde 98, verificamos na prática que, por vezes, também
150 não são cumpridas. Então, o que é o fator moderador financeiro? É uma regulação da demanda
151 da utilização de serviços por meio de cobrança de valores. Então, o objetivo é regular a
152 utilização por meio de cobrança de valores. Nós temos outros mecanismos reguladores, que
153 são assistenciais, como porta de entrada, junta médica, mas a gente estamos falando aqui
154 especificamente daqueles que são por meio de cobrança de valores, aquela regulação que é
155 financeira. E ela é a participação financeira do beneficiário quando dá utilização de serviços
156 assistenciais. Portanto, ela é diferente da contraprestação pecuniária. A contraprestação
157 pecuniária, mensalidade, o nome que quisermos chamar, ela tem por finalidade financiamento
158 do produto. A coparticipação e a franquia não têm por finalidade o financiamento do produto.
159 Para que ela serve? Ela serve para evitar uma utilização excessiva ou um desperdício dos
160 serviços assistenciais por parte do beneficiário, evitando aquela falha de mercado conhecida
161 como risco moral, que é: já que eu tenho o plano, eu vou usar. Então, isso é uma falha de
162 mercado que existe não só no plano de saúde. Em muitos outros produtos que são segurados,
163 também temos esse risco, essa falha de mercado que é o risco moral. Como uma forma de se
164 evitar a utilização excessiva ou até mesmo o desperdício, é permitida a regulação dessa
165 demanda via cobrança de valores. E ela tem uma motivação indireta também. Qual é essa
166 motivação indireta. Que acaba tendo? Que é uma redução do preço. Então, mas não é uma
167 redução do preço no sentido de: vou reduzir o preço e depois vou ajudar a financiar esse
168 produto por meio da coparticipação. Não, é do beneficiário consciente de que se ele tiver a
169 utilização, ele vai fazer o pagamento de coparticipação e, por isso, ele topa pagar um plano
170 mais barato, porque ele sabe que ele vai arcar com parte dessa despesa assistencial. Então, a
171 lógica é, dado que o beneficiário vai fazer parte do custeio dessa assistência, de pagar uma
172 parte do custo da assistência dele, ele vai ter um plano mais barato. Remetendo para o artigo
173 3º da COMSU 8, ela traz como mecanismo de regulação financeira dois tipos, duas formas, que
174 é a franquia e a coparticipação. Então, onde hoje nós temos a definição de franquia e
175 participação? Lá na COMSU 8, de 98. Sendo franquia o valor estabelecido no contrato até o
176 qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos
177 casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada, e a coparticipação a parte
178 efetivamente paga pelo consumidor ou operadora, referente à realização do procedimento.
179 Então, a definição de franquia e coparticipação estão lá, na COMSU 8, de 98, lá no seu artigo
180 3º. E ambos têm como finalidade regular a utilização dos serviços assistenciais. Essa é a
181 finalidade desses dois instrumentos, e não financiar integralmente o produto. Temos a COMSU
182 8 falando sobre esses dois dispositivos, mas é importante trazeremos tanto a previsão legal
183 quanto a competência da ANS para regular essa matéria, esse assunto. Quem está no setor
184 aqui há mais tempo, que eu acho que é a grande parte, se não todos, aqui desse fórum, mas
185 sabemos que uma das alegações que foram feitas lá em 2018, quando da suspensão e depois
186 da revogação da 433, foi a questão da competência da ANS para regular a matéria. Eu acho que
187 resta muito claro a existência desses mecanismos como previsão legal e da subordinação às
188 normas e fiscalização da ANS para garantir as regras regulatórias mesmo dos mecanismos de

189 regulação, sejam eles assistenciais ou financeiros. Aqui eu cito também o artigo 16 da 9656,
190 dizendo que os contratos, regulamentos ou condições gerais devem constar dispositivos que
191 indiquem com clareza a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação
192 contratualmente previsto nas despesas com despesa médica, hospitalar ou odontológica.
193 Então, aqui temos uma obrigação legal, não só da ANS, de regular a matéria, mas das
194 operadoras e dos seus contratos, de constarem de dispositivos que indiquem com clareza quais
195 são esses limites, quais são esses fatores moderadores financeiros. Depois eu cito o artigo 30,
196 desculpa, gente, é o artigo 16, esse artigo 30 está errado aí, mas da lei também, dizendo que,
197 naqueles planos que são integralmente custeados pela empresa, a coparticipação não é
198 considerada contribuição do empregado para fins daquele artigo 30 e 31. Eu trouxe aqui alguns
199 momentos em que a lei, 9656 e, depois, a 9961, falam de coparticipação e franquia. Depois do
200 marco legal dos planos de saúde, que é a lei 9656, veio a 9961, dando a competência à ANS de
201 estabelecer normas relativas à adoção e utilização pelas operadoras de mecanismos de
202 regulação do uso dos serviços de saúde. Então, isso é o contorno que precisamos para
203 sabermos que essa competência está clara e é uma competência da ANS para normatizar a
204 adoção e a utilização de coparticipação e franquia. O que acontece? Lá na COMSU 8, ainda
205 antes da criação da ANS, temos a COMSU que dispõe sobre mecanismos de regulação nos
206 planos e seguros, ali fala dos mecanismos assistenciais e financeiros. Então, eu trouxe alguns
207 itens que remetem a essa questão de coparticipação e franquia. Então, esse artigo primeiro,
208 para mim, muitas vezes ele passa sem ser dada tanta importância e tanta relevância, mas ele
209 tem ali um parágrafo 2º que tangencia para mim completamente com o que acontece no
210 ressarcimento ao SUS e vamos falar disso mais para frente. O artigo primeiro diz o seguinte: o
211 gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras - aí vem lá, de acordo
212 com o artigo primeiro -, através de ações de controle ou regulação, tanto no momento da
213 demanda quanto da utilização de serviços. E aí ele vem no parágrafo 2º dizendo o seguinte: as
214 operadoras somente poderão utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos,
215 franquia e coparticipação, sem que isso implique no desvirtuamento da livre escolha do
216 segurado. Ela pode usar, desde que não restringe o acesso, não implique no desvirtuamento
217 da livre escolha dele, ele não pode decidir se ele vai utilizar ou não por ter um mecanismo de
218 regulação financeira. No artigo 2º da COMSU 8, vem o que chamamos de, hoje, uma lacuna
219 regulatória. Primeiro, algumas vedações, muito claramente, que é vedado estabelecer
220 mecanismos de regulação diferenciado por usuário, faixa etária, grau de parentesco ou outra
221 estratificação dentro de um mesmo plano. Então, você tem um plano, você não pode dizer:
222 nessa faixa etária tem coparticipação, nessa outra não tem. Por mais que isso esteja claro e há
223 muitos anos, 98, mais de 30 anos, quase 30 anos, vemos que isso acontece ainda. Estabelecer
224 a coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte
225 do usuário ou fator restritor severo ao acesso aos serviços. Esse termo, fator restritor severo,
226 isso carece de definição, pelo órgão regulador. Porque o que acontece é que, muitas vezes,
227 esses conflitos acabam no judiciário, e acaba o judiciário definindo o que é esse fator restritor
228 severo. Isso precisa estar claro para a operadora, precisa estar claro para o beneficiário, precisa
229 estar claro para a ANS, precisa estar claro para o judiciário. Nós não temos essa definição e nós
230 consideramos que isso é uma lacuna regulatória. E uma outra vedação que tem, que é
231 estabelecer, em casos de internação, fator moderador em forma de percentual. Sabemos que,
232 caso o produto tenha fator moderador para a internação, ele não pode se dar em percentual,
233 ele tem que se dar em valores fixos. Eu coloquei um asterisquinho que tem o arquivo 4º da
234 COMSU também, dizendo que, caso a operadora opte por colocar o fator moderador em casos
235 de internação, esses valores não podem sofrer indexação por procedimento ou por patologia.

236 Ele não pode dizer: olha, para tal procedimento, internação cardíaca, a coparticipação é essa,
237 internação neurológica, é outra. Então, você não pode ter essa diferença, seja por
238 procedimento ou patologia. De forma resumida, um quadro que traz que a COMSU 8 tem a
239 vedação de financiamento integral do procedimento, fator restritor severo sem maiores
240 definições, cobrança em percentual em internação também está vedada, exceto internações
241 psiquiátricas, que tem uma outra regra, cobrança sobre medicamentos OPMEs, trouxemos esse
242 destaque porque dizemos, vemos que a coparticipação tem que acontecer pelo evento /
243 procedimento. Como lacunas, qual é o fator restritor severo? O que é? E uso em medicamentos
244 sem procedimentos. Então, a regulação precisa acompanhar o dinamismo do setor. Sabemos
245 que hoje temos uma nova realidade, seja em termos de tratamento, seja em termos de
246 produtos, e a regulação está lá atrás. Aqui está um pouco repetitivo, mas são as regras gerais.
247 Não há procedimentos isentos de fatores moderadores, não há limite financeiro definido de
248 forma objetiva, apenas que não pode ser fator restritor severo, não pode haver cobrança sobre
249 medicamentos OPMEs, a cobrança deve recair sobre o procedimento, não pode haver
250 cobranças diferenciadas por faixa etária, grau de parentesco e outras estratificações, não pode
251 ter fator moderador em forma de percentual em caso de internação, e o fator moderador tem
252 que estar previsto em contrato. Então, regras gerais são essas. O que nos deparamos? Eu falo,
253 nos deparamos... Ontem, por exemplo, uma demanda que chegou nas minhas mãos, foi um
254 beneficiário que pagou, num mês de coparticipação, cinco vezes o valor da mensalidade dele.
255 Então, isso é um problema que chega nas nossas mãos todos os dias, todos os momentos, por
256 mais que essas regras sejam desde 1998. Então, temos cobrança de valores excessivamente
257 altos, incidência de fator moderador sobre procedimentos sem risco moral, isso é uma
258 discussão que é uma discussão válida, fator moderador como financiamento dos produtos.
259 Então, se eu tenho um beneficiário que pagou num mês cinco vezes o valor da mensalidade
260 dele, ele está mais do que financiando o seu produto. Fator moderador sobre medicamentos e
261 materiais. E um problema também de acesso a informações. Nós tivemos uma resolução, 509,
262 que é a antiga 389 de 2015, que dispõe sobre a transparência no portal, no PINSS, já foi um
263 grande avanço, mas ainda tem uma carência de informações, seja tanto no momento da
264 contratação ou ao longo da relação contratual entre o beneficiário e a operadora. Eu resgatei
265 uma câmara técnica que aconteceu em 2016, em 2017, quando da edição da 433, e muito me
266 surpreende que continuemos com as mesmas questões em discussão, desde 2016. Esse slide
267 é uma cópia da câmara técnica feita em 2016. Eu espero que, após essa discussão, essa câmara
268 técnica, consigamos avançar, pelo menos, se não todos, mas em muitos pontos que estão
269 colocados aqui nessa tela. Que é com relação à finalidade do mecanismo de regulação, se eles
270 devem incidir ou não sobre todos os grupos de procedimentos, se tem que existir algum rol de
271 procedimentos / eventos isentos, se são cabíveis em situações de urgência e emergência, se
272 são cabíveis em internações psiquiátricas, se tem alguma diferença, se pode ser aplicado de
273 que forma, em que percentual, se pode ser fixa, se podem ser ambas, se tem que existir um
274 limite para a aplicação da coparticipação, se tem que ter um limite de desembolso financeiro
275 para o beneficiário, se ele deve ser mensal, se deve ser anual, qual o critério de reajuste de tais
276 mecanismos. Porque também, uma vez definido esse critério, ele vai ser reajustado, como é
277 que isso vai acontecer ao longo da vida contratual? E como deve ser a aplicação de tais
278 mecanismos nos planos odontológicos? Então, isso aqui é uma cópia fiel da discussão que foi
279 feita lá em 2016, eu só peguei o slidezinho e trouxe para cá, e continuamos, dez anos depois,
280 discutindo a mesma coisa. Para falar da relevância e da importância desse assunto, trazemos
281 os grupos afetados pelo problema, então, entenda todo o setor: operador, beneficiário, ANS,
282 judiciário, prestadores. Então, isso mostra que todo mundo é afetado por essa questão de

283 mecanismos de regulação financeira. Agora eu vou apresentar alguns gráficos que, na verdade,
284 já foram feitos em 2024, quando fizemos a audiência pública, mas eles foram atualizados,
285 porque em 2024, tínhamos informação até 2023, então, eles foram atualizados. Então, a
286 proporção de operadoras que ofertam planos com fator moderador, se pensarmos na
287 assistência médica hospitalar, estamos em quase 100% das operadoras que têm pelo menos
288 um produto que tem fator moderador. Estamos falando de todo o universo de operadoras,
289 médico hospitalar. E já passamos 50%, chegando ao 60% das operadoras odontológicas que
290 têm pelo menos um produto lá com fator moderador. Quando pensamos em fator moderador,
291 vamos estar falando... hoje, quando a operadora registra o produto, ela coloca: fator
292 moderador, coparticipação, franquias ou ambos, ou nenhum. Então, temos que com nenhum,
293 o gráfico da direita é assistência médica hospitalar e a da esquerda é odontológico. O da esquerda
294 mostra para nós que está em declínio a proporção de operadoras, de produtos, desculpa, que
295 não têm nenhum tipo de fator moderador. E aumentando a proporção de produtos com um
296 ou com fator moderador, franquias, ou com coparticipação, ou com ambos. Então, em termos
297 de produtos também, temos que menos de 40% dos produtos não têm nenhum tipo de
298 coparticipação e no odontológico está mais estável com relação aos produtos, a quantidade de
299 produtos que têm fator moderador. Quando abrimos no tipo de contratação, percebemos que
300 também o número de produtos, essa questão de redução do número de produtos sem
301 coparticipação ou franquias, acontece em todas as contratações. Na individual, um pouco
302 menos, mas eu digo na inclinação mais negativa, mas tanto na contratação adesão ou
303 empresarial temos menos de 40% dos produtos sem nenhum fator moderador. Então, esse
304 número em 2010, por exemplo, na contratação individual era 60%, está chegando a 40%.
305 Então, aumenta, cada vez, mais o número de produtos registrados com algum tipo de fator
306 moderador. Quando pensamos no panorama beneficiários, o que temos é que 65% dos
307 beneficiários da segmentação assistencial médica hospitalar têm um plano com coparticipação.
308 Estamos falando daquele universo dos 53 milhões de beneficiários de assistência médica
309 hospitalar, estamos falando que 65% está em plano com coparticipação e franquias. Precisamos
310 deliberar, como órgão regulador, quais são as regras de utilização, de vedação, de limitação
311 desses institutos, porque estamos falando de mais da maioria do número de beneficiários. E,
312 na contratação odontológica, vemos que o número de beneficiários não cresce em termos de
313 planos com coparticipação e franquias, mas sabemos da diferença bastante clara, da assunção
314 de risco assistencial por parte de uma operadora médica hospitalar e de uma operadora
315 odontológica. Sabemos que esses produtos são muito diferentes, e aí o nosso olhar não é que
316 ele seja mais voltado para segmentação médica hospitalar, mas em termos de beneficiários,
317 sabemos que a maior relevância desse instrumento está no bolso dos beneficiários de
318 segmentação médica hospitalar. Um dos estudos que fizemos que acabaram por balizar as
319 nossas ideias com relação a limitação mensal ou anual, vem muito desse panorama preço. O
320 que temos? Temos três gráficos, um de cada contratação, adesão empresarial e individual, em
321 que são comparados os preços da faixa etária 7, que é uma faixa etária de controle da nota
322 técnica de registro de produto, porque temos aquela regra de variação entre a primeira e a
323 sétima, e da sétima e a décima. Então, ela acaba sendo uma faixa etária para nós de controle.
324 Temos a comparação dos preços, dos valores comerciais de mensalidade, que sabemos que
325 existe a banda de mais ou menos 30, mas isso é uma outra discussão. Mas eles acabam
326 baseando a nossa ideia da diferença entre um produto com coparticipação e sem
327 coparticipação. E o vemos? Vemos que, se pegarmos um horizonte temporal curto, estamos
328 falando de 2020 até 2025. 2020 foi o ano da pandemia, mas quase não teve atualização de nota
329 técnica naquele momento. Então, esquecemos, pode isolar o fator pandemia aqui nessa

330 análise. Estamos vendo que essa diferença dos preços de um plano com coparticipação e sem
331 coparticipação, ele está cada vez maior. Então, só aumenta. Então, nas três contratações, nesse
332 horizonte de cinco anos, temos que essa diferença só aumenta. E aí, o que significa isso para
333 nós? Significa que, se um preço, por exemplo, de um plano sem coparticipação, ele é mais do
334 que 50% o preço de um plano com coparticipação, se o beneficiário estiver pagando mais do
335 que isso por mês, a título de coparticipação, então é melhor ele comprar um plano sem
336 coparticipação. Porque ele está pagando muito mais do que a diferença de um plano sem a
337 coparticipação em que ele não precisa arcar com parte das suas despesas. O que estamos
338 vendo? Por exemplo, a diferença lá, se formos falar da contratação por adesão, se em 2020 era
339 33%, em 2025 é 50% de diferença. Isso só está aumentando. Qual é o limite disso? A
340 coparticipação está sendo também utilizada para financiamento do produto? A nosso ver, sim.
341 Eu trouxe alguns casos concretos para olharmos de alguns... porque, o que acontece? A ANS
342 não tem contrato. O contrato que rege a relação entre o operador e o beneficiário, a ANS não
343 tem esse instrumento. E quando que conseguimos esse instrumento? Quando tem reclamação
344 de beneficiário ou nos processos de ressarcimento ao SUS. Então, pegamos algumas
345 informações lá na nossa área de ressarcimento ao SUS, da DIDES, e que vemos que
346 coparticipações de 50% é muita coisa. É o que o pessoal mais vê. Eles fizeram alguns estudos
347 muito interessantes que nem trouxemos para cá, mas seriam estudos interessantíssimos para
348 se trazer, que seria comparar a coparticipação com o salário mínimo. Então, para ver o quanto
349 que o beneficiário está pagando em relação ao salário mínimo. O único parâmetro que temos
350 é quando o beneficiário faz a utilização do SUS, que a ANS faz a cobrança e a operadora
351 desconta daquele ressarcimento o valor da coparticipação. Então, o que vimos que esses
352 contratos, em grande maioria, em muitos contratos, não sei se não é maioria, mas em muitos,
353 muitos percentuais de 50%, e para procedimentos que sabemos que não tem incidência de
354 risco moral, como hemodiálise, quimioterapia, radioterapia. Quando pegamos os valores
355 desses procedimentos, são procedimentos que não são baratos. Então, aqui é para vermos que,
356 no caso concreto, os contratos que as operadoras utilizam, tem lá 50%, e, às vezes, falam: olha,
357 vamos um período de 50 para 20, mas a coparticipação é 50, a qualquer momento vai voltar
358 para 50. Também uma informação do ressarcimento ao SUS, quando eles olham as cláusulas
359 contratuais. Todas aquelas regrinhas que eu tinha lido e tinha colocado, de vedação de
360 percentual em internação, vedação de cobrança por dia de internação, estratificação de
361 percentuais por tipo de beneficiário, por faixa etária, os colegas do ressarcimento ao SUS
362 verificam isso na prática. São práticas irregulares. Por exemplo, cláusula de coparticipação
363 diferentes para exames simples, especiais, complexos, básicos, cobrança em percentual para
364 internação, 278, cobrança por dia de internação, 176, indexação de coparticipação a
365 procedimento realizado a internação, coparticipação variável pelo custo da internação,
366 estratificação de coparticipação entre beneficiário do mesmo contrato e indexação de
367 coparticipação relacionada à patologia. Então, pode aparecer a pergunta: 17 produtos não é
368 nada no universo de 20 mil. Não era para ter nenhum. Dado que isso é vedado, não era para
369 ter nenhum. Então, mostra para nós que continua acontecendo uma prática que já há muito
370 tempo é vedada. Aqui eu vou passar bem rapidamente, porque eu acho que eu já avancei
371 bastante aqui no horário, mas o que eu quero colocar? É o histórico normativo de
372 coparticipação e franquia, do fator moderador financeiro. Temos lá o marco legal, 9656,
373 falando daqueles artigos que eu já citei. Depois a COMSU 8, que eu também já bati bastante.
374 Depois, temos a RN 59, falando do regime misto para os planos odontológicos. Então, a única
375 modalidade que é permitida o regime misto, que não é só pré e não é só pós, é na parte
376 odontológica. E aí a temos a SUMULA 7, de 2005, vedando o estímulo pela não utilização. Então,

377 é vedado o estímulo de dar desconto. Se você não usar, tem desconto. Então, isso é vedado.
378 Em 2012, trazemos alguma coisa. Vem falando sobre medicamento de uso domiciliar. Então,
379 como é que é a incidência desses fatores. E aí, não é que não tenha acontecido nada de lá para
380 cá. Mas tivemos um grande estudo, quando eu fui olhar todo o estudo que foi feito para edição
381 da 433, em número de estudos, de câmaras técnicas, de reuniões, de audiências públicas.
382 Então, foi um trabalho muito robusto, mas que teve a publicação da 433, em junho de 2018,
383 mas três meses depois, antes da entrada em vigência, ela foi revogada, sabemos que o STF fez
384 algumas considerações e a ANS revogou essa norma. Nós tivemos uma volta aí de 20 anos para
385 trás, voltando lá para a estaca da COMSU 8, de 98. Temos um marco depois, que é em fevereiro
386 de 21, falando especificamente sobre a internação psiquiátrica, que tem uma particularidade
387 com relação à coparticipação e franquias para a internação. Aqui, é um pouco da história da 433
388 e da 434, que tivemos a DPF 532 movida pela OAB, e com isso tivemos o STF suspendendo
389 liminarmente a 433 e, a ANS, com o argumento de que seria uma inovação normativa primária,
390 sem respaldo constitucional legal, e que a ANS não teria competência para falar sobre esse
391 assunto, mas tivemos a revogação da 433, pela 434, e a COMSU 8 voltas a produzir efeitos.
392 Quais são os objetivos que nós temos? Estabelecer regras, limites e vedações claros, tudo claro.
393 Garantir que o mecanismo financeiro de regulação, seja utilizado para mitigar o risco moral,
394 evitar que sejam utilizados em procedimentos nos quais não seriam necessários, evitar que
395 restrinjam o acesso aos serviços médicos hospitalares e possibilitar melhor gerenciamento dos
396 custos pelas operadoras. O nosso ponto de partida foi a 433, considerando todo aquele estudo,
397 que foi feito em 2016, 2017, ele foi o nosso ponto de partida e com algumas alterações. Eu
398 nem vou focar no que que era a 433, mas o importante é dizer que lá eles estavam falando,
399 pela primeira vez, no limite do que que seria um fator restritor severo. Lá, eles falavam do que
400 era um limite mensal, lá eles falavam do que que era um limite anual. Então, ele foi o nosso
401 ponto de partida para a proposta atual. Nós aproveitamos essas discussões da época, e
402 acompanhamos a dinâmica do setor desde então, aproveitando que nós temos dados da DIDES
403 cada vez mais aderentes e cada vez mais fiéis, com relação às despesas e à utilização do setor.
404 Hoje, dada essa dinâmica do setor e toda essa discussão que já foi feita na 433, temos condições
405 de ter uma proposta hoje que está bastante fundamentada. Seguindo aquele ciclo regulatório,
406 a ANS, para ela, a qualquer norma, precisa fazer uma análise de resultado regulatório, depois
407 uma avaliação de resultado regulatório e uma análise de impacto regulatório. As três opções
408 que foram pensadas foi a manutenção da regra vigente, qual seja a COMSU 898, estabelecer
409 limites financeiros e, a outra regra, seria abolir limites financeiros. A opção mais adequada, que
410 seria a 2, que seria estabelecer limites objetivos, uma vez que ela traz segurança jurídica para
411 todos os atores do setor, todos. Para a operadora, ela tem um portfólio de produtos de acordo
412 com as regras infra legais, então está claro o que é um fator restritor severo, qual é o limite.
413 Para os beneficiários, você tem clareza e transparência do estabelecimento de mecanismo de
414 regulação. Para os próprios servidores da ANS, tem mais segurança ao analisar as demandas
415 geradas por beneficiários e nas respostas às demandas institucionais. E para todos os demais
416 atores do setor de saúde suplementar, como órgão de defesa do consumidor e poder judiciário.
417 Então, ter claro ali o que é definido. Opções não desejadas seria a manutenção das regras
418 atuais, porque manteríamos a insegurança jurídica existente, com o potencial de desvirtuar o
419 mecanismo de regulação financeiro para ser um financiamento do produto, e não atenderia a
420 finalidade da regulação. E a abolição dos limites financeiros, muito menos. Reforçaria os
421 problemas já verificados na situação atual, em que há considerável insegurança jurídica, além
422 de dar aso para que o mecanismo seja utilizado para restringir acesso ou dificultar a realização
423 dos procedimentos considerados mais custosos, o que não é desejável. Para falar da

424 importância, esse assunto, o mecanismo de regulação já está na agenda regulatória há muito
425 tempo. Então, também quando eu me debrucei lá sobre esse assunto da 433, ela já fez parte
426 da agenda regulatória de anos antes e, na nossa agenda regulatória mais atual, ela está desde
427 2023, como reinício dessas discussões. Então, ela está na agenda regulatória, que foi de 2023
428 a 2025, e retomamos isso na agenda regulatória para o próximo período. Com relação às
429 propostas, quando dizemos que o limite do valor do procedimento seria 30% do valor do
430 procedimento, trazemos aqui os dados da (inaudível), em que mostra que a grande maioria dos
431 procedimentos tem coparticipação em até 30%. Então, quando propomos isso de até 30%,
432 sabemos que isso é o percentual mais adotado. Então, esse gráfico aqui do lado tem aqui por
433 tipo de procedimento, Consulta, exames, terapias, e vemos que eles ficam mais concentrados
434 aqui entre 20 e 30, porém tem aqueles, números lá muito mais altos, que é o que queremos
435 coibir, o que queremos mitigar. Porque é raro, mas acontece, e muito, os percentuais muito
436 mais altos. Então, sabemos que quando pensamos em limitar até 30%, esse valor do
437 procedimento, sabemos que a grande maioria dos produtos e das operadoras já trabalham
438 nesse patamar, mas precisamos impedir que patamares maiores sejam utilizados como
439 percentual do procedimento para não causar essa perda de capacidade de pagamento do
440 beneficiário e uma restrição de acesso dele aos seus procedimentos. Então, 30% do valor do
441 procedimento, a nossa origem, os dados vêm da (inaudível), nos dados analisados da troca de
442 informação da saúde suplementar. Com relação, eu já adiantei um pouco, essa criação do limite
443 mensal de 30% do valor da mensalidade vem da nota técnica de registro de produto, ao mostrar
444 que a diferença de preços, entre um plano com e sem coparticipação vem aumentando. Então
445 se o beneficiário for pagar mais do que 30%, então quando ele topa pagar uma coparticipação,
446 ele precisa de um plano mais barato para que ele possa pagar parte daquele procedimento
447 quando ele for utilizar. E o que está acontecendo é que ele está pagando muito mais do que a
448 diferença de um produto sem coparticipação. Temos o último assunto que é criar uma lista de
449 procedimentos isentos por ausência de risco moral ou procedimentos considerados
450 preventivos ou de estímulo à promoção à saúde. Então, nós também partimos da lista criada
451 pela 433 e nós atualizamos essa lista, mas é uma lista que pode ser discutida, que pode ser
452 colocada aqui. Para que procedimentos não tenha, ou não tem sentido você ter incidência de
453 fator moderador, ou operadora que o beneficiário, ele adia, ele acaba adiando um
454 procedimento que ele deveria fazer porque ele vai ter que arcar com o custo daquele
455 procedimento, como é que esse beneficiário vai voltar mais tardiamente ali para fazer o uso do
456 sistema da própria operadora? Então, por vezes o beneficiário tem a sua, o seu acesso
457 restringido, por ter que arcar com esse custo, e o quanto ele está adiando e ele está deixando
458 um cuidado com a sua saúde para ser tratado mais tardiamente. Então, precisamos discutir
459 essa lista de procedimentos que não tem risco moral, ou procedimentos que deveriam até ser
460 incentivados pela operadora, para que ele fizesse. Eu acho que acabou, acho que faltou só um
461 último slide. Muito obrigada.

462
463 **Adriana Brandão de Souza** – Acabou sim, Daniele.

464
465 **Daniele Rodrigues Campos** – Acabou. Então é isso, Adriana, Cátia, Lenise. Podemos dar
466 continuidade para a discussão da Câmara Técnica.

467
468 **Cátia Mantini** - Adriana, continuar com a ordem dos inscritos.

469

470 **Adriana Brandão de Souza** – Isso. Nós temos aqui inscritos agora, para o momento das
471 perguntas. São 12 nomes, lembrando que temos 1 minuto para fazer a pergunta, e até
472 reservamos 5 minutos para esse momento das perguntas. Então eu já posso chamar o primeiro
473 nome. Wilton Melo. Senhor Wilton, o senhor tem 1 Minuto, por favor.

474
475 **Wilton Melo** - Boa tarde a todos. Bom, só, eu vou pedir aqui, pela ordem, só um esclarecimento
476 sobre o que vamos manter de agenda. Haverá apresentações, é isso, ou falas mais estendidas
477 desses oito que estão inscritos e, depois, ainda serão oportunizadas as perguntas, ou as
478 perguntas agora são apenas as dirigidas à apresentação que a Adriana fez?

479
480 **Cátia Mantini** - Adriana, eu sugiro que, pela nossa agenda, ela está bem extensa. Que
481 fizéssemos as apresentações dos inscritos e, depois, abrissemos para as perguntas. E, se
482 houvesse a necessidade, se houver a necessidade de algum apresentador, enfim, retornar à
483 mesa, se for uma pergunta dirigida a alguém especial, retornaríamos com essa pessoa para
484 alguma fala. Mas conseguiríamos seguir um cronograma de uma maneira para cumprir o nosso
485 cronograma de horário mesmo. Então vamos chamar os inscritos, os oito inscritos,

486
487 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – Eu, vou até agradecer a doutora Wilton que sempre está
488 nos ajudando. Só para organizarmos. Sabemos que é um tema de interesse de todo mundo
489 muito importante, mas para otimizarmos, para que todo mundo tenha oportunidade, vão
490 anotando as perguntas e, ao final de todas as apresentações, vocês podem direcionar ou fazer
491 a fala de uma maneira mais abrangente, se torna mais produtivo o nosso dia. Lembrando que
492 é nosso primeiro encontro que, a depender do encaminhamento, vamos avaliar as
493 necessidades de novos encontros também. E obrigada, Wilton, pela contribuição.

494
495 **Adriana Brandão de Souza** – Então, vamos deixar então para fazer uma rodada de perguntas
496 ao final de todas as apresentações?

497
498 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – Isso.

499
500 **Adriana Brandão de Souza** – Está ótimo então. Então agora a apresentação é com a Unimed

501
502 **Daniel Infanti Januzzi de Carvalho** – Boa tarde a todos. Vocês vão subir minha apresentação? É
503 isso? Já encaminhamos? Seria assim?

504
505 **Adriana Brandão de Souza** – Posso subir sim a sua apresentação. Você me dá um minutinho?

506
507 **Daniel Infanti Januzzi de Carvalho** – Claro, por favor. Boa tarde aí a todos queria agradecer, em
508 nome da doutora Lenise, a possibilidade da Unimed do Brasil participar dessa câmara técnica.
509 Eu, pessoalmente, já participo dessas discussões sobre mecanismos de regulação
510 coparticipação e franquia, há mais de 20 anos. Participei de todas essas Consulta públicas que
511 motivaram a RN 433, audiências públicas, tomadas de subsídio, a revogação da RN 433, e
512 entendo que a grande dificuldade que encontramos para aprovar uma norma é, justamente, a
513 série de questões que estão sendo discutidas pela ANS em relação a coparticipação e franquia.
514 Uma norma que poderíamos concentrar na discussão do que é financiamento integral, da
515 transparência que deve haver para o beneficiário, da questão do fator restritor severo,
516 acabamos incluindo dentro dessa norma, como aconteceu na RN 433 e, agora, na Consulta

517 pública 145, várias outras questões. Então o que a Unimed do Brasil sugere aqui é uma
518 simplificação da discussão dessa coparticipação. Tentamos colocar, na RN 433, a
519 coparticipação, se deve ou não, para estimular o programa de promoção à saúde ou promoção
520 de doença, o percentual vai ser de 40, depois foi 30 depois, foi 50, depois, acabou não
521 acontecendo nenhum deles. Uma série de isenções para primeira consulta quando for consulta
522 para planejamento, quer dizer, depois limite anual, limite mensal, depois era uma vez, um
523 limite mensal era mensalidade, depois tentaram 0,30% dos dias, quer dizer, co-paga recursos
524 próprios para urgência e emergência, para psiquiatria, quer dizer, muita coisa dentro da norma
525 de coparticipação. O que nós precisamos é simplificar, fazer o possível e o que o beneficiário
526 precisa? Saber o que ele vai ser cobrado a coparticipação que tenha essa transparência e
527 impedir que a coparticipação impeça, que a coparticipação restringe o acesso dele ao
528 procedimento e evitar, obviamente, algumas situações que esse beneficiário seja prejudicado
529 ou deixe de realizar determinados atendimentos, justamente por causa dessa coparticipação.
530 E o que nós propomos, senhores? Simplesmente que a gente crie uma regra de percentual e
531 teto que a coparticipação seja em percentual, e o STJ já definiu reiterada vezes que seria no
532 máximo 50%, e que se tenha um teto para essa coparticipação para o beneficiário nunca poder
533 ficar sem a informação daquela coparticipação. Então vamos imaginar um procedimento para
534 exames, percentual 30%, 40%, 50% com um teto de quanto? 50 reais? 100 reais? Está resolvido
535 o problema. Nunca vai ser caracterizado esse percentual como financiamento integral do
536 procedimento e o beneficiário nunca vai poder alegar que não tinha informação porque ela
537 sabe que o teto é o máximo que ele vai pagar. É simplificar, pessoal O que nós precisamos é
538 simplificar essas regras. Não fazer dessa nova norma sobre coparticipação um jabuti, para
539 colocar uma série de coisas que nem sempre estão relacionadas com essa questão de
540 coparticipação. Percentual Teto, limite STJ já decidiu, está aqui os julgamentos em várias
541 oportunidades. Mensal? Uma mensalidade. Está resolvido, de acordo com o STJ. Está feito, tem
542 que ter 30%. Anual? Doze mensalidades. Vamos simplificar. Percentual STJ, reiteradas as
543 decisões 50% está decidido. Posso ter 30, posso ter 40, 50% está resolvido. A própria ANS, na
544 análise de impacto regulatório, fala que quanto mais isenção tiver, nos estudos que nós
545 mostramos, quanto mais isenção tiver, obviamente menor tende a ser a mensalidade. Se eu
546 começar a dar muita isenção, o que vai acontecer? As mensalidades vão subir. E a ANS na
547 análise de impacto regulatório fala que pode haver aumento da mensalidade, se eu tiver muita
548 isenção. Gente, para que serve a coparticipação? Preços mais baixos, maior acesso e redução
549 de utilização desnecessária. É nisso que nós temos que pensar. Aqui um estudo que nós já
550 mostramos. Então o que nós queríamos aqui sugerir são medidas simples simplificações. Quais
551 seriam essas simplificações? Coparticipação, percentual com limitador. Não vai haver
552 caracterização no financiamento, o beneficiário sempre vai saber o que está pagando.
553 Limitação mensal STJ é o valor da mensalidade. Percentual máximo, 50% conforme decisões
554 do STJ Vamos focar nisso Acho que é isso que nós precisamos fazer Essa história de ficar
555 colocando muitas regras dificulta a compreensão do consumidor, dificulta a compreensão da
556 operadora, dificulta a parametrização dos sistemas, dificulta a compreensão do Poder
557 Judiciário. E se nós continuarmos a complicar essa questão de coparticipação e franquia, mais
558 uma vez nós vamos ter a interferência do Poder Judiciário nessas regras. Mais uma vez e, para
559 encerrar, agradecendo mais uma vez a oportunidade, vamos simplificar essa questão da
560 coparticipação e franquia. Muito obrigado pela oportunidade.

561

562 **Adriana Brandão de Souza** – Obrigada. O próximo a fazer a apresentação é a SINOG.

563

564 **Virgínia Rodarte** – Boa tarde, eu peço também se puder compartilhar a apresentação.

565

566 **Adriana Brandão de Souza** – Só um minutinho, já coloco para você.

567

568 **Virgínia Rodarte** – Enquanto isso agradecer, em nome da Lenise, a oportunidade. É sempre
569 muito importante termos esse espaço de diálogo e perceber que não é porque a casa já trouxe
570 uma apresentação que o tema está concluído, muito pelo contrário. A forma de debate, dizer
571 que essa é a primeira reunião, mostra todo esse espaço para o diálogo que é tão importante
572 para trazermos uma regulação depois madura e aderente ao setor. E um agradecimento em
573 especial à Daniele, que fez uma apresentação, separando planos médicos e odontológicos. Isso
574 o SINOG tem batido muito na tecla de AIR separado para o segmento, igual está na norma de
575 análise de impacto regulatório E nos deixa muito feliz perceber que essa insistência traz
576 resultado. E é exatamente isso que esperamos. e, considerando a própria apresentação da
577 Daniele, os temas médicos são muito mais relevantes nesse processo. É dali que veio essa
578 jurisprudência pacificada do STJ, que o Daniel tanto citou. É dali que vieram as discussões sobre
579 os estudos internacionais que foram feitos, inclusive a discussão sobre internação por diária,
580 que foi tão debatida na última Câmara Técnica. O olhar para redução de coparticipação para
581 grupos em promoção e prevenção, e não uma isenção geral. Então todas essas discussões, que
582 eu acredito que vão ser muito feitas para os demais representantes dos planos médicos, e que
583 vai tomar aqui a maior parte do tempo, na odontologia acabamos com receio de ficarmos
584 esquecidos, e a Daniele fez questão ali de mostrar as diferenças de setor, o que faz com que
585 minha fala então vai ser muito reduzida, porque já teve toda a introdução e abertura a esse
586 respeito. O que trazemos hoje são as considerações sobre os planos exclusivamente
587 odontológicos. A Câmara Técnica, que a Daniele mencionou, de 2017, 2018, tinha essa
588 pergunta: o que fazer com os planos odontológicos? A nota técnica, que foi a levada para a
589 publicação da RN 433 na época, debruçou, ela tem um capítulo inteiro só para tratar dessas
590 considerações aos planos odontológicos. A primeira ponderação da ANS foi que não havia
591 problema a ser enfrentado na odontologia, que nos 18 anos de regulação, essa nota técnica é
592 de novembro de 2018, apenas 47 demandas de reclamação ocorreram sobre o tema
593 coparticipação e 8 reclamações sobre franquias. É um número muito inexpressivo em 18 anos
594 de apuração de reclamações para se perceber que, de fato, esse não é um tema que merece
595 uma regulação específica para a odontologia. O reforço a esse respeito, que também foi
596 trabalhado pela Daniele, é que na odontologia já há inclusive o sistema misto de pagamento,
597 que é a única exceção regulatória em que pode se cobrar todo o custo do procedimento do
598 usuário. Então, se pode se cobrar todo o valor de um procedimento, não faria sentido ter
599 regulação sobre percentual ou limites do valor do procedimento. Exatamente por essas
600 questões, o que foi ponderado na época dessa nota técnica é que os planos odontológicos têm
601 exceções, eles não têm nota técnica de registro de produto, a precificação é livre, então a
602 regulação focada nisso não faria sentido, inclusive no que se refere a limites financeiros
603 mensais, anuais, ou o que seria o pacote de isenções de coparticipação em franquias. Dentro
604 desse contexto do que foi, trouxemos aqui o que é a nossa proposta e o que estava na redação
605 da Consulta pública 145, só para tornar mais claro exatamente o que foram as considerações
606 da época e que foram replicadas no trabalho da análise e AIR, agora que o tema na época era
607 da DIDES, passou agora até de competência, retomou na verdade, competência pra DIPRO. A
608 primeira questão é que na proposta já tinha as definições de limite financeiro anual e mensal,
609 e mencionava, e que não se aplicava aos planos de segmentação odontológica. Mas, aquilo que
610 seria uma justificativa, acabou saindo no texto da proposta que é respeitada as disposições da

611 RN 59, que dispõe sobre sistema misto de pagamento. Tivemos muito... quando falo nós, não
612 é a SINOG, o que recebemos das associadas, eram dúvidas se somente no plano de sistema
613 misto é que não havia essa isenção. Então, para tornar mais claro, porque já existe uma norma
614 expressa do sistema misto, para não descaracterizar uma questão com a outra, inclusive que,
615 na norma do sistema misto ela já estabelece aquilo que tem que ser garantido a preço pré-
616 estabelecido, era a retirada dessas ressalvas e ficar só que os limites definidos no caput: não se
617 aplicam aos planos de segmentação odontológica. Na próxima na proposta, a mesma questão
618 com relação ao limite de participação, seja 30, 40, 50, a previsão já tinha, na Consulta pública,
619 que esse limite ele não se aplica à segmentação odontológica, mas veio com a mesma questão
620 de respeitar das disposições RN 59 do sistema misto. Então, só para tornar mais clara a redação,
621 que é para qualquer plano odontológico, retirar essa parte final, igualzinho já estava dentro da
622 proposta da nota técnica que analisou todo o arcabouço da odontologia e os motivos pelos
623 quais ela estaria então fora dos limites mensais, anuais, e dos percentuais de coparticipação.
624 Esse é o nosso primeiro ponto a ser tratado. E o segundo, diz respeito ao conceito de franquia.
625 o conceito de franquia, apesar de parecer ser o mesmo que estava na COMSU-8 e que é um
626 conceito que, se jogar no Google, olhar em qualquer atividade securitária, é a parte pelo qual
627 a operadora não tem responsabilidade de cobertura, que é nos casos de reembolso ou
628 pagamento direto à rede, a interpretação que foi dada, o que significa não ter responsabilidade
629 mudou significativamente porque veio um outro dispositivo dentro do conceito de franquia na
630 Consulta pública, dizendo que era vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao
631 prestador. Esse é o nosso ponto de proposição importante porque, os estudos, até que a
632 Daniele mostrou, temos na odontologia um percentual grande de planos odontológicos que
633 oferecem franquia, e a franquia oferecida é exatamente aquela que é paga diretamente ao
634 prestador. Trouxemos, inclusive, o conceito que estava no Glossário Temático da Saúde
635 Suplementar, que era o vigente até a abertura da Câmara Técnica, de 2016, em que ele tinha
636 uma nota expressa sobre franquia é paga pelo beneficiário diretamente ao prestador.
637 Exatamente, em virtude das discussões que ocorreram na 433, é que o conceito ficou o mesmo
638 e essa nota saiu do Glossário da última versão, que é a que está disponível quando consultamos
639 a última versão do Glossário da Saúde Suplementar, que agora é eletrônico lá no site da ANS.
640 Então, a nota saiu, ela está até em branco, fica a nota, dois pontos, em branco, mas o conceito
641 não mudou. Como, exatamente, dessas disposições, idas e vindas, o que estava na 433 foi
642 revogado e voltou para COMSU 8, é importante retomarmos que, este conceito da COMSU 8,
643 o Glossário da Saúde Suplementar até essa época, tem essa nota de que a franquia é paga
644 diretamente pelo beneficiário ao prestador, e é assim a prática usual de quem pratica essa
645 oferta atualmente. Então esse conceito de franquia, primeiro, é internacional, nem só nas
646 atividades securitárias no Brasil, é um conceito comum, de senso comum, inclusive. Eu acho
647 que se perguntar ainda mais, por exemplo, seguro de carro, que é mais comum, as pessoas
648 sabem que você vai pagar é lá no prestador que está realizando o seu conserto, no caso de um
649 carro. Então, é muito comum o conceito de que franquia você paga para o prestador. E aí traz
650 essa mudança de entendimento e criar um conceito próprio na Saúde Suplementar, de que
651 conceito a franquia vai ser paga à operadora, desvirtua o próprio conceito do que é
652 responsabilidade, porque, só de intermediar o valor financeiro já há responsabilidade, inclusive
653 inerente às provisões técnicas perante a ANS. Então, essa mudança do conceito de franquia é
654 muito relevante e, por isso, pedimos a manutenção do que é internacionalmente conhecido
655 como franquia. Eram essas as considerações, agradeço. O último ponto, só para deixar claro
656 que é o pleito de não ter esses grupos isentos na odontologia, como citamos na nota técnica,

657 porque isso não ficou claro no normativo como previsão, mas a intenção era essa de não ter na
658 odontologia. Muito obrigada. Agradeço a atenção.

659

660

661 **Adriana Brandão de Souza** – Obrigada. Agora temos a ABRAMGE, 10 minutos, por favor.

662

663 **Marcos Paulo Novais Silva** – Boa tarde a todos. Vou só pedir para a apresentação Adriana.
664 Então, representando a ABRANGE, cumprimento a diretora Lenise e a todo o time técnico da
665 DIPRO, agradecendo, mais uma vez, pela participação. Quer que eu apresente aqui, não sei se
666 está habilitado.

667

668 **Adriana Brandão de Souza** – Está habilitado sim, você que escolhe. Eu posso apresentar para
669 você também.

670

671 **Marcos Paulo Novais Silva** – Eu vou tentar colocar aqui.

672

673 **Adriana Brandão de Souza** – Qualquer coisa ela está aberta aqui, já posso colocar para você.

674

675 **Marcos Paulo Novais Silva** – verifica aqui se ela apresentou, se está na tela sim, está
676 aparecendo. Bom, eu vou colocar aqui também meus 10 minutos, eu preciso me policiar, então
677 vou conectar aqui.

678

679 **Adriana Brandão de Souza** – pode deixar que eu aviso também. Tem um temporizador na tela
680 do Teams, não sei se você consegue visualizar, mas de toda forma eu aviso.

681

682 **Marcos Paulo Novais Silva** – Combinado. Primeiramente boa tarde. Obrigado a todos.
683 Parabenizar também pelo retorno das câmaras técnicas na ANS. sabemos o quão importante é
684 esse debate para aprofundarmos tecnicamente esse tema e conseguirmos construir algo junto,
685 do ponto de vista setorial, com a participação de todos. Parabenizar a DIPRO, mais uma vez
686 pela abertura da câmara técnica. Basicamente, eu vou passar bem mais rápido aqui nesses
687 pontos. Estão representando a ABRAMGE eu e o Bruno Santos, nosso economista-chefe. Mas,
688 basicamente, todos já conhecem risco moral, é quando realmente temos uma mudança do
689 padrão de utilização de serviços, dado que eu tenho a cobertura em comparação, vis-à-vis
690 quando eu não tivesse. Eu dou exemplos que são, aproveitar a deixa que a Daniele colocou um
691 caso específico, um caso concreto, trazer aqui casos concretos que eu já vivenciei. Mas pessoas
692 que fazem, por exemplo, acompanhamento da vitamina D mensalmente, vis-à-vis, pessoas que
693 não fazem a mesma utilização. Será que temos desperdício e, por isso, essa pessoa acompanha
694 a vitamina D mensalmente porque o plano de saúde está cobrindo? Se ela tivesse pagado do
695 bolso, ela faria esse acompanhamento? Ou, pessoas que fazem, por exemplo, dois exames de
696 ressonância magnética numa mesma noite, porque, no primeiro hospital, o resultado estava
697 demorando sair e você vai para um segundo hospital, na visão do paciente estaria demorando
698 sair, vai para um segundo hospital fazer outro exame de ressonância magnética. Isso são coisas
699 do dia-a-dia, isso acontece todos os dias. Dei exemplos porque somos campeões no mundo de
700 vitamina D, nós somos campeões no mundo de ressonância magnética e somos campeões no
701 mundo de muitos outros procedimentos. Ainda temos, inclusive, que aprimorarmos muito o
702 mecanismo de regulação financeira e o assistencial, para que consigamos trazer uma
703 racionalidade maior no uso. Não somos uma sociedade das mais ricas, para ficar desperdiçando

704 recursos da forma como já estamos fazendo. Então é o modelo. Os trabalhos mostram a
705 efetividade do próprio instrumento. Tem um experimento da (inaudível) antigo, que todo
706 mundo conhece, 1987, é um estudo seminal, ele mostra que realmente temos uma redução
707 de desperdícios considerável. Esse experimento Oregon, eu faço um destaque aqui, ele é de
708 2012, é o estudo mais recente com bagagem, digamos assim, eu acho que valeria muito,
709 inclusive, trazermos para análise de impacto regulatório. Nesse experimento Oregon, de 2012
710 foram sorteados aleatoriamente, como se fosse uma loteria, dentro do Medicaid, pessoas que
711 iam ficar com copay, pessoas sem copay, e acompanhou os níveis de utilização e como ficou a
712 saúde dessas pessoas. De novo, um sorteio aleatório, os Estados Unidos realmente, do ponto
713 de vista de estudos, eles conseguem fazer algo que ainda não conseguimos, quem sabe
714 chegamos lá, mas eles acompanharam essas duas populações e identificaram que não tem
715 mudança na saúde das pessoas, quando temos com copay ou sem coparticipação. Lembrando
716 que lá eles têm as altas franquias, então as franquias de coparticipação, de padrão americano
717 é muito mais elevada do que a praticada no Brasil. Um estudo muito interessante, que mostrou
718 também esse resultado. São remédios regulatórios importantes para o nosso debate. Alguns
719 outros trabalhos também, um estudo dinamarquês mostrou que o aumento da coparticipação
720 tem uma redução proporcional na utilização, sem piora no desfecho clínico. Então, na
721 Dinamarca. A análise coreana mostra também, no estudo coreano, mostra também a
722 efetividade do instrumento. Eu não vou entrar no todo do trabalho, ele está aqui referenciado
723 e podemos trazer para os nossos debates. Ele leva a conscientização, ele leva também a
724 manutenção da qualidade, não percebemos uma piora na qualidade nesses estudos todos. Eu
725 pergunto aqui se não poderíamos fazer o mesmo? será que a pergunta que precisaríamos
726 responder muito numa análise particular, será que a população que tem coparticipação em
727 franquia no Brasil tem uma saúde piorada em relação àquela que não tem coparticipação em
728 franquia? Essa é uma pergunta que eu acho que faria muito sentido fazê-la, eu até sugeriria
729 também, inclusive, que fizéssemos uma análise de impacto regulatório, olhando beneficiários
730 com copay e sem copay, e os dados da TISA, os níveis de utilização e o que se utiliza, se tem
731 alguma divergência, alguma mudança nos padrões também. Eu acho que faz muito sentido
732 para o trabalho aqui e temos dados suficientes hoje, dentro do órgão regulador, para tanto,
733 que poderiam ser disponibilizados no grupo técnico também, dentro da câmara, para que nós
734 pudéssemos ajudar nas análises de eficiência alocativa boa. Sabemos que o fator moderador é
735 muito utilizado e eu destaco também que temos que tomar muito cuidado, porque os planos
736 individuais ou familiares, que ainda tem comercialização dentro da operadora da ABRAMGE,
737 de 90%, ainda comercializa plano individual, familiar, porque existe o mecanismo financeiro de
738 regulação. Do contrário, teríamos uma assimetria tamanha, e esse produto ficaria quase que
739 insustentável. Lembrando que o padrão brasileiro, nós escolhemos isso na saúde mental
740 brasileira, aderir ou não ao plano de saúde é uma opção da pessoa. Então, o mecanismo
741 financeiro de regulação dentro do plano individual se tornou ferramenta-chave do produto. Eu
742 faço esse destaque na análise particular, eu sugeriria uma análise específica do plano individual,
743 dado que é uma preocupação da agência sobre o nível de oferta de plano individual, quais são
744 os possíveis impactos e como é que fazemos para que esse produto seja ampliado e não
745 reduzido. Acho que essa aqui é a ideia. Não vou entrar na COMSU 8. Vou falar também que
746 todos esses países adotam capacitação, pasmem no sistema público francês adota-se
747 capacitação, de novo, no sistema público adota-se capacitação. Então também temos no
748 Japão, Estados Unidos, todos eles adotando algum nível de capacitação ou franquia, no México
749 também. Inclusive no México é interessante que chegemos a ter situações em que a
750 capacitação é muitas vezes o valor da mensalidade do produto, muitas vezes, o valor da

751 mensalidade do produto, na Coreia do Sul e tantos outros países também que o adotam. Eu
752 quero fazer um destaque importante, o ambiente concorrencial precisa ser levado em
753 consideração. Então, eu percebi que a própria agência elencou 3 eixos, eu até sugeriria que as
754 análises de impacto regulatório e as nossas reuniões, uma sugestão nossa aqui da ABRAMGE,
755 vamos fazer reuniões, mas vamos focar em cada um desses eixos, em cada uma das reuniões.
756 Os eixos eram transparência, concorrência e sustentabilidade. No ponto de vista de
757 transparência, podíamos discutir eventualmente se as pessoas, como damos total
758 conhecimento das pessoas que estão adentrando ao produto, de como vai funcionar a
759 capacitação e a franquia. Acho que isso é fundamental. Eu sei que já discutimos bastante e,
760 com toda a tecnologia que temos, acho que conseguimos fazer algo mais inteligente. No ponto
761 de vista de transparência no ambiente concorrencial, temos que analisar tantas coisas. Hoje já
762 tem mais pessoas com cartão desconto no Brasil que pessoas com plano de saúde. Cartão de
763 esconde são produtos com 100% de coparticipação, você paga uma mensalidade fixa para a
764 construção de rede e organização, e paga 100% do evento, quando ele ocorre. Esse produto já
765 tem mais pessoas vinculadas, segundo o Valor Econômico, do que pessoas com plano de saúde
766 no Brasil. Esse é o ambiente concorrencial lá fora, e temos que tomar muito cuidado para que
767 empresas, pessoas jurídicas, grandes indústrias, grandes empresas de serviço, não troquem seu
768 plano de saúde porque, eventualmente, fizemos uma mudança na coparticipação que não
769 cabia dentro do produto. Não troquem o produto, o plano de saúde das pessoas, por cartão de
770 desconto, e até qualquer outro tipo de produto semelhante. Faço até um ponto importante,
771 eu acho que precisaríamos muito caminhar com esse debate aqui, junto com a questão da
772 regulamentação do cartão de desconto, que já vimos que está na agenda do órgão regulador,
773 considerando um produto com 100% de coparticipação, que é o que ele é, do ponto de vista
774 de sustentabilidade. Também podemos discutir muitas outras questões, inclusive trazer
775 também as grandes empresas contratantes, que são as que montam a coparticipação junto
776 com a operadora. De novo, a operadora não só, muitas das vezes, não está só dentro do
777 produto. A coparticipação é construída junto com o RH das empresas. Precisamos trazer esses
778 financiadores do sistema para dentro dessa discussão, para que ele seja sustentável e que
779 ampliemos acesso. O ambiente de concorrência é cada vez mais complexo e não é só pelos
780 cartões de desconto. Devemos ter agora, a partir de agora, inclusive, uma dinâmica de produtos
781 de seguradoras internacionais entrando no mercado brasileiro, sem precedentes. Hoje já
782 conseguimos entrar, por exemplo, nesse site dessa corretora e qualquer um de nós pode
783 contratar um plano de saúde. Eu não vou entrar aqui se isso é legal, permitido ou não, não
784 estou fazendo essa análise, acho que essa análise cabe ao regulador, mas qualquer um de nós
785 consegue entrar nesse site, dessa corretora, e contratar um produto para cobertura no Brasil.
786 E esse produto para cobertura ambulatorial, hospitalar, parto e doenças, lesões pré-existentes
787 você vai escolhendo essas opções todas. Detalhe, são produtos que tem franquia de mil dólares
788 e que tem limite financeiro de cobertura, em todos eles cobrem até um certo valor. Então,
789 esses produtos já estão disponíveis e, de novo, não é seguro viagem isso aqui, isso aqui é
790 produto para cobertura a saúde semelhante ao que é o plano de saúde, quer dizer, uma
791 cobertura recorrente, e para cobertura só no Brasil. Não contrata para outros países. Então
792 esses produtos já estão aqui, são de alta franquia, e estão concorrendo no mesmo mercado.
793 Quer dizer, quais são os impactos, com o site, de regularmos com todas essas propostas que
794 foram aventadas e, vis-à-vis, esses produtos que estão sendo ofertados no mercado, que não
795 estão no imbróglio da regulação, por hora a ser avaliado ali se vão entrar ou não? Então são
796 essas as empresas que estão ofertando... só para concluir, então temos que tomar muito
797 cuidado com esses pontos. Eu acho também que conseguimos, a Daniele mostrou muito bem

798 a diferença de preço entre um produto com Copay e sem Copay e, Daniele, eu acho que aquilo,
799 na verdade, mostra a efetividade do mecanismo. O mecanismo é tão eficaz que mostra,
800 inclusive, quando está se abrindo essa boca da coparticipação em relação ao sem Copay, muito
801 provavelmente deveríamos no impacto regulatório, cruzar isso com a nota taxa de produto e
802 com os dados da TISA. Deveríamos estar tendo um aumento de utilização diferente, a depender
803 do público, e a coparticipação está funcionando, por isso que essa diferença de preço está ali
804 mais presente. Então, eu acho que eram esses os pontos. É claro, eu só quero enfatizar, a
805 questão de termos reuniões, talvez abordando por eixo temático, que é a proposta da agência
806 e os eixos são transparência, concorrência e sustentabilidade. Tentamos focar em cada um
807 desses eixos nas próximas reuniões, tomarmos muito cuidado com o plano individual, acho que
808 é importantíssimo isso. E também focarmos em uma reunião nos slides que a Daniele mostrou
809 do slide de ressarcimento ao SUS. porque lá é engraçado, interessante, mostramos exatamente
810 problemas regulatórios ali e que não estão endereçados na proposta. Identificamos os
811 problemas, mas precisamos endereçá-los na proposta. Por exemplo, a cobrança de
812 coparticipação ou de franquia por dia de internação, então vamos endereçar isso aqui na
813 proposta? Ali tinham vários itens que eu acho que deveríamos endereçar que é ali que está o
814 problema regulatório. Precisamos concentrar naquele problema para solucionar essas
815 questões. Obrigado, mais uma vez, desculpa pelos dois minutos, um minuto a mais ou dois
816 minutos a mais, e vamos para os debates de manhã e depois a gente fica à disposição. Obrigado.

817

818

819 **Adriana Brandão de Souza** – Muito obrigada. Agora temos a FENASAÚDE, por gentileza, 10
820 minutos.

821

822 **Cesar Sérgio Cardim Junior** – Boa tarde. Cumprimento a Lenise, por esse retorno da Câmara
823 Técnica, que foi decidido na nota técnica, da decisão de abril do ano passado. Como bem
824 apresentado pela Daniele, e nós estávamos esperando, de fato, a retomada desse assunto e
825 ficamos muito felizes, inclusive na época, em abril, logo em que esse assunto iria, de fato, para
826 um grupo mais seletivo de pessoas que, de fato, conhecem e trabalham com o setor, de uma
827 forma mais detalhada, aprofundada e com mais qualidade técnica, podem discutir esse assunto
828 que é importante para todos nós. Alguns dos pontos que vamos trazer obviamente alguns se
829 assemelham aos dos colegas que antecederam das demais entidades, MedBrasil, SINOG e
830 ABRAMGE, porque os problemas e os benefícios são os mesmos para as operadoras que nós
831 representamos. É importante colocar isso, a Daniele também trouxe, na apresentação dela,
832 que a presença do fator moderador na grande maioria dos produtos é uma realidade, então
833 isso deve ser enfatizado. Esses dados que estão aí, em torno de 70%, são dados de junho de
834 2025, que são dados do painel de precificação, que é o último dado atualizado, demonstra que
835 boa parte dos produtos registrados na agência e com comercialização ativa representam. Isso
836 é uma necessidade do mercado. E aí é interessante notar que as operadoras, obviamente é
837 uma linha de mão dupla, elas comercializam aquilo que de fato é procurado pelos grandes
838 contratantes, e isso acho que o meu colega antecessor, o Marcos, falou, grande parte das
839 empresas contratantes, na hora da negociação com as operadoras, já vêm com os modelos
840 preparados de coparticipação, elas já negociam com os modelos que variam de 30% a 50%.
841 Então quer dizer, isso é porque é uma negociação aberta e, como bem apresentado também
842 nos slides da Daniele, quanto mais você tem coparticipação, menores são os preços ofertados
843 nesses contratos coletivos e nos contratos individuais. Então você tem maior acessibilidade da
844 população que é uma outra discussão que a ANS vem tratando, e é um tema também que a

845 FENASAUDE: mais acesso para mais brasileiros. A recente decisão do, salvo engano, Tribunal
846 de Contas, de que a ANS tem que regular os cartões de desconto, é uma prova disso. O
847 movimento da ANS de entender, de fazer um movimento que, infelizmente, foi descontinuado,
848 para entender cartão de desconto, é uma prova disso. A sociedade tem procurado novas
849 formas de acesso à saúde privada, então isso não pode ser de alguma forma descontinuado.
850 tem baixíssimo índice de reclamação com relação a coparticipação e franquia, não só da
851 odontologia, como apresentado pela Virginia, mas também no médico hospitalar. Dá em torno
852 de 1.02% o número de NIPs, de 2025, com o tema coparticipação e franquia. E isso tem que se
853 levar em consideração. não é um problema do jeito que está hoje. Acho que nem foi na época
854 da Consulta pública, mas temos que discutir isso. 55% dos beneficiários em contratos coletivos,
855 não está ali, mas está na minha fala, em contratos coletivos, já possuem produtos com fator
856 moderador e, mais do que isso, é a questão da sustentabilidade. A Daniele também trouxe um
857 comparativo de preços com e sem copay, que foi apresentado, mas sugerimos até que seja
858 revisto ou rediscutido, porque há uma diversidade muito grande você comparar planos com e
859 sem copay. Na verdade, são dois conjuntos não equiparáveis, digamos assim, porque tem a
860 questão de custos, tem a questão de percepção de qualidade, na hora que você registra esse
861 produto com ou sem copay, você apenas marca se tem ou não reembolso, mas o reembolso é
862 um conjunto enorme de itens com uma variedade muito grande que altera o preço e altera a
863 coparticipação. Então, temos que discutir e mergulhar nesses dados para que tenhamos uma
864 análise mais crítica sobre isso. Esse compartilhamento de custos, que é o que podemos chamar
865 assim, estimula o uso consciente, e esse é o ponto que as pessoas jurídicas contratantes têm
866 procurado, e é uma busca da própria saúde suplementar, cada vez menos desperdício, até
867 menos fraude, diria, e mais proteção, e mais equilíbrio para esses contratos. Nós nos
868 detivemos, o último movimento da ANS, embora tenhamos olhado e discutido a 433, etc.,
869 olhado todo o processo, nós nos detivemos para a Consulta pública, que foi o último
870 movimento que a ANS trouxe. Entendemos que há uma limitação excessiva por parte da
871 agência na minuta apresentada. Você tem ali limite você tem o valor de 30%, que já é um
872 limitador, você tem limite de percentual mensal e anual das cobranças, você tem a lista de
873 procedimentos isentos. Quer dizer, entendemos que é um excesso, talvez, que restringe a
874 variabilidade de produtos, e pode, muitas vezes, impedir o desenvolvimento que você possa
875 atender especificamente a diferentes perfis de beneficiários. Acho que essa lista taxativa, de
876 alguma forma vai existir, mas sabemos que uma lista única, sem que você possa fazer os
877 movimentos, que hoje o processo de corporação de tecnologias é muito dinâmico, então essa
878 lista tem que ser uma lista bastante dinâmica, porque ela vai sofrer alterações, porque o
879 processo de corporação é bastante, hoje, evolutivo. Da forma como foi apresentado, isso
880 causaria um grande conjunto de alterações nos sistemas operacionais das empresas, que vão
881 precisar de um tempo, no caso, da forma como veio, para que elas possam cumprir essas
882 exigências, mas, de alguma forma, entendemos que precisaríamos de tempo para fazer isso. O
883 modelo que foi apresentado, a minuta, que foi apresentada no nosso ver, ela promove,
884 incentiva a antisseletividade, com difíceis variáveis de mensuração, até o trabalho do atuário
885 fica difícil para precificar esse produto, e também observamos que a minuta fere, de alguma
886 forma, a lei da liberdade econômica. Quais foram as propostas que a FENASAUDE hoje
887 apresentou e que está disponível, e que estão disponibilizadas? Primeiro, a clareza conceitual,
888 que também foi colocada pela Daniele, é muito importante que se tenha uma visão muito clara
889 do que é a coparticipação, vis-à-vis, o que foi apresentado na minuta, o conceito muito claro
890 de franquia e o conceito, de novo, do que é fator restritor severo. É importante isso. A cobrança
891 direta, muito bem defendida pela SINOG, pela Virginia, voltarmos a frisar, isso está também no

892 nosso pedido, que a cobrança seja feita diretamente ao prestador, porque isso é o conceito
893 mundial, é o conceito que tem no mercado, não só da franquia para a saúde, mas a franquia
894 em todos os segmentos. Estaríamos inventando algo completamente diferente na saúde se
895 fizéssemos a cobrança diretamente ao operador. Flexibilização da informação dos
896 procedimentos aplicáveis. na forma como veio esses, ficarem em uma lista rígida, sugerimos
897 que isso seja feito em uma área alugada, através de outros meios de comunicação beneficiário
898 com a operadora e que essa lista seja uma lista que possa fazer agrupamentos, que você possa
899 utilizar e ela vai ser uma lista dinâmica, como eu falei. A questão da customização para
900 estratégias comerciais, que possamos ter diferentes variações desse produto, com percentuais
901 diferenciados por grupo de procedimentos e prestadores eletivos, que a operadora possa fazer,
902 organizar a sua cesta de produtos de forma mais autônoma. Eu já falei, a questão do excesso
903 de restrições regulatórias. Achamos que isso impede uma livre pactuação da operadora com
904 os seus beneficiários, com os seus contratantes. E a proposta alternativa que apresentamos na
905 Consulta pública, mandamos na Consulta pública e foi trazida também pelo Daniel, da UNIMED
906 Brasil, já tem uma decisão, tem um repetitivo 1032, que diz que não é abusivo a cláusula de
907 capacitação expressamente ajustada e informado ao consumidor à razão máxima de 50%.
908 Então, isso já foi colocado, é um julgamento do STJ, de dezembro de 2020, obviamente que
909 isso aí está decorrente de transtornos psiquiátricos, mas isso pode ser aplicado sem prejuízo
910 da variação desses produtos, desde que você possa, inclusive muitos desses casos, se apoiar a
911 acordos ou convenções coletivas de trabalho. Outras medidas adicionais de reforço do modelo.
912 Podemos fazer estudos de gestão de populações, e obviamente trabalhar com programas de
913 promoção e prevenção. A questão da transparência é algo que também nos preocupa e temos
914 trazido esse ponto aqui. Achamos que tem que ter isso de forma muito clara para o beneficiário,
915 o que é isento e o que não é isento, e aquilo que tem incidência de fator moderador, quais os
916 valores. E foi trazido pelo colega que me antecedeu, a participação do contratante. O
917 contratante hoje, que responde por 83%, planos empresariais é 70 e poucos por cento, 77, 75
918 por cento, esse contratante tem que ser envolvido nessa discussão, porque ele é a pessoa que
919 hoje está vindo para consumir esse produto e negociar com as operadoras já com seus
920 percentuais pré-definidos. E como sugestão de próximos passos, acho que a doutora Lenise já
921 trouxe aqui a possibilidade de fazermos outras reuniões, outras conversas, então é muito
922 importante que possamos aprofundar esses estudos. A ideia do Marcos também foi muito
923 interessante, trabalhar pelos pilares de transparência, sustentabilidade e concorrência é uma
924 proposta bastante interessante para que possamos de fato ter uma norma que não é um
925 problema, mas que possa ficar ainda mais clara e mais aderente ao que se tem hoje na
926 sociedade. Obrigado.

927
928

929 **Adriana Brandão de Souza** – Obrigada. Temos agora a APRISME. Dez minutos, por favor,
930 APRISME Boa tarde a todos.

931

932 **Beatriz Maciel e Silva** - Na qualidade de representante da assessoria jurídica da APRISME, eu
933 gostaria de compartilhar a tela, pode ser? Vou primeiramente agradecer pela oportunidade de
934 continuar contribuindo tecnicamente, não só juridicamente, mas também a APRISME está aqui,
935 representada pelo doutor Renato Luiz Castro Lobo, médico-psiquiatra e vice-presidente da
936 APRISME. Além disso, também trouxemos o doutor Luiz Zoldan, conselheiro da APRISME e
937 representante de associado, à Einstein. Em linhas gerais, eu acho que a Daniele trouxe para nós
938 bastante claro o arcabouço jurídico que temos em relação à coparticipação, em linhas gerais.

939 Mas, em relação às internações psiquiátricas, precisaríamos destacar dois pontos. Desde 1998,
940 com a vigência da COMSU número 8, temos uma permissão para que haja uma delimitação
941 específica em relação às internações de saúde mental. A COMSU 8, além de reconhecer a
942 regularidade da coparticipação, determina que é permitido um tratamento diferenciado na
943 saúde mental. Isso foi efetivado ao longo dos anos e, hoje, temos dentro do Rol, RN 465 de
944 2021, a incidência dos mecanismos de regulação, mas também um regramento específico para
945 as internações psiquiátricas o cenário atual é um tratamento regulatório diferenciado para a
946 saúde mental. De forma mais didática, colocamos aqui um cenário em relação à regra atual.
947 Hoje, o beneficiário tem isenção total nos 30 primeiros dias, contínuos ou não de contrato.
948 Após os 30 dias de internação, ele pagará a coparticipação, se previsto no contrato, de até 50%.
949 A proposta da ANS, que foi debatida e está sendo agora construída em conjunto com todos os
950 entes regulados e interessados, seria não aplicar imediatamente no primeiro dia, aplicar
951 imediatamente no primeiro dia, perdão, mas com valor fixo e reduzido até 30% do valor da
952 mensalidade e, depois desses 30 dias, pensar no valor crescente ou fixo de até 30% do valor
953 pago pela própria operadora, trazendo uma diferenciação do que temos hoje. Além disso, não
954 aplicar o limite anual e trazer uma inovação no sentido de que os hospitais dias também teriam
955 a coparticipação equivalente às regras de internações. Portanto, mantendo o tratamento
956 diferenciado em relação à internação psiquiátrica. A proposta da APRISME, na qualidade de
957 associação nacional, que congrega hospitais e clínicas psiquiátricas ao redor do Brasil, seria
958 pensar na manutenção da isenção desses 30 dias e, também, pensar na garantia do tratamento
959 igual a todas as especialidades, mantendo,, se for determinado, limites anuais ou mensais a
960 todas as especialidades e também avaliando o mecanismo diferenciado do hospital dia, que o
961 Dr. Luiz Zoldan vai comentar com vocês, por ser uma ferramenta diferenciada em relação às
962 internações, considerando o regramento da própria lei federal 10.216. Portanto, de forma bem
963 objetiva, a APRISME visa trazer vários pontos muito relevantes em relação à mudança desse
964 cenário regulatório, em relação às internações psiquiátricas, pensando na essencialidade do
965 cuidado, ou seja, temos uma lei federal que reforça essa continuidade, a não discriminação
966 desses beneficiários e também a isonomia em relação a todas as especialidades. Brevemente,
967 eu passo a palavra para o Dr. Renato Lobo, para reforçar os impactos em relação à
968 coparticipação em internações psiquiátricas no país.

969
970 **Renato Lobo** - Posso falar? Estou sendo ouvido? Meu nome é Renato Lobo, sou médico
971 psiquiátrico. Fazer algumas considerações sobre a exceção para a psiquiatria. É uma
972 excepcionalidade de origem desde 1998, desde 1996, 5 meses. Sabemos que isso tem origem
973 em todo movimento de asilamento psiquiátrico ao longo da história. E sabemos como a
974 reforma psiquiátrica, e a APRISME apoia integralmente a reforma psiquiátrica, apoia
975 integralmente a RAPS, como seria importante que tivéssemos, na ANS também, uma estrutura
976 norteadora como a RAPS tem no SUS. Como que isso é uma boa prática, otimiza recursos,
977 diminui a sinistralidade, prioriza atendimento extra-hospitalar. Agora, as questões que são
978 trazidas em 1998, trazem essa herança manicomial que vem da história e colocam uma
979 condição de uma coparticipação severa, coloca 50% para o usuário. Se antes o usuário foi vítima
980 de internação, violação de direitos humanos, usurpação de liberdade, durante a história da
981 psiquiatria, quando ele vai ser regulamentado ele vira uma nova exceção. Ele vira uma nova
982 forma de ser excluído, porque ele vai ter que pagar mais para tratar um tratamento que
983 realmente for real para ele, e não um asilamento. Então ele só pode ficar 30 dias por ano
984 internado, se ele ficar mais do que isso, se ele tiver uma depressão refratária, ele vai ter que
985 pagar metade da conta do hospital. Se ele tiver um quadro de uma comorbidade bipolar,

986 juntamente com algum abuso de droga, que é frequente, ele também vai ser penalizado com
987 a coparticipação severa. Isso não é justo, que só exista na psiquiatria, que o cardiopata, se ele
988 tiver a cardiopatia, ele vai ser coberto quantas vezes for pelo mesmo regime coparticipativo. O
989 nefropata também, porque a pessoa portadora de sofrimento mental tem que ser tratada de
990 forma diferente, é por risco moral, então coloca-se de auditoria, coloca-se de linha de cuidado,
991 trabalha-se com DRG, mas não colocar como exclusão de direito. Isso é violação de direito que
992 se neoestilizou. Aqui temos obrigação ética, moral, se falamos de saúde mental, estão na moda
993 a saúde mental, mas onde que de fato aplicamos e podemos aplicar a saúde mental é dando
994 dignidade para quem está em sofrimento mental agudo, em que é necessário realmente estar
995 internado. E se for mais de 30 dias ou menos de 30 dias, um esquema de antidepressivo, uma
996 depressão refratária grave, demora pelo menos 21 dias para começar a fazer efeito, isso é um
997 dado técnico. 21 dias, só vão sobrar mais 7, para ele continuar para vermos se aquele esquema
998 de fato está adequado ou se tem que ser revisto e recolocado um outro esquema que vai
999 demorar mais 21 dias para, de fato, entregar resposta. Isso é complexo. Temos uma estatística
1000 na APRISME, 30% das altas a pedido, não são de todas as altas, 30% das altas a pedido são por
1001 incapacidade de pagamento após os 30 dias e, muitas vezes, com pacientes que temos que dar
1002 alta com risco ainda de suicídio, com risco de autoextermínio, tem que ir para casa mobilizando
1003 família. Essas coisas acontecem no nosso dia a dia sim. Então acho que isso é uma questão
1004 muito séria, muito grave. A isonomia com as outras especialidades médicas é o mínimo de
1005 dignidade que a saúde mental precisa, é o mínimo, porque o papel de fato não é uma lei que
1006 dá conforto, que é confortável para o operador isso. Bota uma coparticipação de 50% severa e
1007 eu não tenho que me haver com uma auditoria que é num campo subjetivo. É claro que é mais
1008 complicado discutir a auditoria em saúde mental e psiquiatria do que discutir em
1009 procedimentos ortopédicos, é evidente. Nós estamos falando de campos diferentes, mas
1010 apesar disso então vamos ter trabalho, vamos para dentro do hospital psiquiátrico discutir a
1011 permanência do paciente baseado no caso, nas evidências e na descrição do que tiver de fato.
1012 Eu acho que esse risco moral não pode ser que foi de fato uma herança histórica que a
1013 psiquiatria trouxe, ele não pode ser perpetuado, 25 anos depois, nós estamos falando de 2008
1014 para 2026, perpetuado e naturalizado como se isso não fosse uma distorção excrescente e uma
1015 neoestilização do preconceito ao paciente portador de sofrimento mental. Zoldan, por favor.

1016
1017

1018 **Luiz Zoldan** – Eu gostaria de aproveitar esse último minutinho para reforçar a fala do doutor
1019 Renato em relação a um resquício, de fato, de estigma e preconceito relacionado aos
1020 tratamentos de saúde mental. Temos evidência suficiente que mostra que o adequado
1021 tratamento de transtornos mentais reduz o ônus de doenças crônicas transmissíveis, reduz o
1022 ônus de hipertensão, reduz o ônus de diabetes, reduz o ônus de uma série de outras doenças
1023 físicas. Somado a isso, não temos uma RAPS, uma Rede de Atenção Psicossocial da Saúde
1024 suplementar adequadamente estruturada e organizada e o hospital dia em psiquiatria. Ele pode
1025 ser figura central nessa orquestração dos casos de alta complexidade, inclusive evitando
1026 internações desnecessárias e, inclusive também, oferecendo outros tipos de tratamentos a
1027 uma modernização da psiquiatria com procedimentos de psiquiatria intervencionista, como a
1028 eletroconvulsoterapia que foi, por muito tempo, estigmatizada, a estimulação magnética
1029 transcraniana, a infusão de novas substâncias como a quetamina para tratamento de ideação
1030 suicida e depressão refratária, que não são contemplados no (inaudível), que não são
1031 contemplados em hospital dia, que não são contemplados nos serviços ambulatoriais que tem
1032 competência para fazer, mas são desestimulados por um subfinanciamento. Um report da

1033 McKinsey mostra que somente 1% do orçamento de saúde vai para saúde mental. Então, temos
1034 um subfinanciamento que, inclusive, coloca a especialidade ainda mais abaixo e com baixa
1035 estimulação a bons tratamentos que vão manter os nossos pacientes com um bom cuidado. É
1036 mais isso que eu queria trazer, reforçando essa necessidade de um olhar melhor para saúde
1037 mental e, talvez, a criação de um grupo de trabalho específico para discutir a regulação em
1038 saúde mental dentro de todo esse ecossistema.

1039
1040 **Adriana Brandão de Souza** – Obrigada, Luiz. Temos agora o Instituto Brasileiro de Atuária. 10
1041 minutos, por favor.

1042
1043 **J.A. Lumertz** – Boa tarde a todos. Dar os parabéns à agência, doutora Lenise, pela abertura
1044 dessas discussões diante de um tema muito sensível e que tem o dilema tradicional de
1045 economia: recursos limitados frente a necessidades ilimitadas. E aqui estamos, acompanhando
1046 tudo isso. O IBA, Instituto Brasileiro de Atuária, tem suas câmaras técnicas, tem os seus comitês,
1047 e a nossa missão é uma associação profissional com representantes do Brasil perante a
1048 comunidade internacional inclusive, atuários do Brasil, e propagar a profissão e auxiliar as
1049 entidades todas de mercado. Inclusive, temos um grupo trabalhando junto com a Unidas para
1050 assessorar os empresários. A participação do atuário está definida no decreto-lei 803 e por um
1051 decreto, depois, que regulamentou. Eu não vou ler, fica aí de conhecimento. Os comitês
1052 técnicos que nós temos, onde, no caso de saúde, mais de 60 atuários se reúnem mensalmente
1053 dentro de um grupo de mais de 100, que atuam em todo o Brasil, sempre no intuito de trazer
1054 as contribuições e os recursos técnicos. E aqui adentramos já, esse comitê técnico de saúde.
1055 Os atuários vêm estudando essa matéria desde 2010, que nós vimos trazendo proposições à
1056 agência para o aprimoramento e, como já dito aqui, os conceitos têm que ser aprimorados. O
1057 conceito de franquia dentro da COMSU 08 tem que ser corrigido e tem que ser evidenciado. O
1058 legislador trouxe a figura da franquia e a figura do bônus. Outro ponto fundamental que nós
1059 temos e participamos, e sempre trouxemos nas Consultas públicas e nas audiências públicas, é
1060 essa necessidade de nós termos o aprimoramento conceitual e trabalhar a necessidade de não
1061 engessar as opções. Quando nós engessamos, é isso que todos nós aqui ouvimos o mercado,
1062 vai para um outro segmento como o cartão de acesso à rede. então também primar pelos
1063 conceitos que nós temos que dar a essas nomenclaturas. Já foram milhares de horas investidas
1064 por dezenas de atuários que trabalharam. Dentro desses estudos todos nós temos uma questão
1065 primordial. Já foi citado aqui pela ABRAMGE, elasticidade e preço da demanda, conceito e
1066 medida primordial que nos permite ter a devida avaliação e a mensuração desses estudos, com
1067 especialistas internacionais, inclusive, as características atuais dos planos de saúde e,
1068 principalmente, dois terços das operadoras são regionais. Então, é importante que se tenha
1069 esse cuidado em não engessar e ter as diversas características do Brasil inteiro dentro de cada
1070 região. E toda vez que nós procurarmos unificar conceitos, nós vamos acabar engessando e
1071 limitando, aí estamos empurrando o segmento para outro mercado. Exemplo típico: quando
1072 nós limitamos a franquia à mensalidade. Ora, é um contrassenso porque, quanto maior a
1073 franquia menor a mensalidade, menor o limite que eu posso usar é um contrassenso. Temos
1074 que aprimorar isso, inclusive por característica do plano, um plano de acomodação individual,
1075 nacional, pode ter um limite muito maior que um plano regional. Esses aprimoramentos o
1076 histórico e hoje o reconhecimento do judiciário de uma franquia de 50%, princípio da paridade,
1077 princípio do orçamento, já difundido na sociedade, já acompanhado. Então, a liberdade de
1078 contratação sem o engessamento. e, tudo isso, nos leva a desoneração do SUS. Isso é
1079 importante que tenhamos políticas de maior alinhamento com o SUS, porque quem paga é o

1080 mesmo, o recurso do bolso direito é o recurso do bolso esquerdo. Então nós temos esses
1081 alinhamentos. os desafios que nós temos, eu vou passar aqui para o meu colega, diretor de
1082 saúde, Rafael Sobral, para que ele continue a explanação. Ficamos à disposição,

1083

1084 **Rafael Sobral** – Obrigado, professor. Boa tarde a todos, ANS, todos servidores, doutora Lenise.
1085 boa tarde. Já foi falado um pouco sobre histórico e entendimento de players que estão surgindo
1086 no mercado. Nada contra, não tenho nenhuma objeção a respeito disso. Hoje eles atuam em
1087 uma camada à parte da regulação atual, os cartões de acesso à rede, nós temos outros tipos
1088 de seguradoras e outras clínicas populares que também tem algum tipo de cartão vendido,
1089 cartão de benefícios farmacêuticos, e por aí vai. Então, temos tudo isso acontecendo no
1090 mercado. Nós começamos na regulação em 98, depois 99, e viemos com uma série de medidas
1091 que melhorem a sustentabilidade do setor, mas que acabaram encarecendo mais o preço.
1092 Entendemos que essas medidas que estão atualmente em proposição vão sim elevar o preço.
1093 Ainda não fizemos a simulação de qual é o impacto, mas existe sim e, com isso, redução de
1094 acesso ao mercado regulado, em virtude da capacidade de financiamento das famílias. Um
1095 outro item aqui, são os desafios regulatórios que nós temos hoje. Por exemplo, restrições
1096 regulatórias como a 558, que trata de CPTs. Então, tratamos de um mutualismo, então, no
1097 mutualismo não é justo que a pessoa entre já para usar e tem que existir o risco. Quando
1098 estamos de transtornos gerais de desenvolvimento, por exemplo, a pessoa já compra e já
1099 depois de 180 dias já tem direito a fazer utilização. Além disso, dentro do novo rol, chamado
1100 de rolzinho aqui, desse novo rol de inserções, existem procedimentos que estão também
1101 dentro da cobertura, dentro do tratamento para transtornos gerais de desenvolvimento. Além
1102 da impossibilidade de precificações distintas por faixa etária, além da ampliação da faixa etária
1103 hoje, que nós temos 59 anos. Então, são dificuldades que o atuário tem na precificação,
1104 desafios que nós temos na precificação mais adequada possível, e possibilitando também
1105 acesso a população a planos de saúde regulados. Então, vou passar a palavra aqui para a
1106 diretora Raquel, muito obrigado.

1107

1108 **Raquel** - Boa tarde a todos. acabei abrindo o áudio aqui em outro link para me coordenar
1109 melhor Bom, como o Lumertz falou, a coparticipação e o valor da mensalidade saem de dois
1110 bolsos diferentes, mas na grande maioria das vezes, em especial nos planos individuais, esses
1111 dois bolsos são da mesma pessoa Então, no final do dia, temos que entender qual é o modelo
1112 de mecanismo de regulação financeira que vai trazer um custo menor para esse consumidor,
1113 porque é isso que, de fato, vai gerar mais acesso à saúde suplementar que, no final do dia,
1114 entendo que é a agenda em comum de todos nós. E os estudos que fizemos anteriormente, foi
1115 na Consulta pública 30, há muito tempo atrás, mas que podemos buscar atualizar, eles
1116 mostravam que qualquer coisa abaixo de 30% não trazia efeitos significativos na redução desse
1117 custo total. No momento que vem uma norma que limita em 30%, temos um cenário de que a
1118 coparticipação vai ser 30%. Para que ela tenha esse efeito redutor, ela vai ter que ser 30%,
1119 porque é meio que um limite mínimo ali para termos, de fato, esse efeito. Ressaltamos aqui
1120 que, quando se fala em coparticipação de 30%, não é sobre todos os eventos, obviamente não,
1121 é sobre todas as coberturas é sobre, geralmente as coberturas de risco ambulatorial. Com
1122 relação à resolução proposta, temos ali um extenso conjunto de regras, é limite anual, limite
1123 mensal, agrega os dois, é uma lista imensa de isenções, com termos que são técnicos, eles não
1124 são conhecidos pela população final, por esse consumidor final. Então, tudo isso cria, na
1125 verdade, aumenta a nossa simetria informacional. Há que se pensar em algo que seja simples
1126 para esse consumidor final, por isso o limite anual talvez seja um bom modelo, limite mensal

1127 com o anual talvez, mas é algo que precisa ser mais estudado, aprofundado. Quando falamos
1128 também, voltando à questão da coparticipação, do 50% e do 30%, quando falamos de planos
1129 empresariais, muitas vezes, esse bolso de onde sai esse pagamento do fator moderador e o
1130 pagamento da mensalidade, são bolsos diferentes, sim, isso acontece, é muito comum, até
1131 porque, sabemos hoje o plano de saúde representa, em muitas empresas, mais de 15% da sua
1132 folha, então, é um peso que vem se avolumando ao longo dos anos. por conta disso, o que
1133 essas empresas buscaram fazer? Buscaram modelos, modelagens de plano em que elas
1134 pudessem compartilhar esse risco com o seu empregado e ele, então, participa com essa
1135 coparticipação, franquia. No momento que reduzimos essa coparticipação, essa franquia,
1136 aumenta a mensalidade, e o que acontece com esse empregador? Será que ele consegue
1137 continuar oferecendo esse plano de saúde? Então esse é um risco que temos que considerar.
1138 Teria mais alguns pontos sobre definição de franquia e tantos mais, mas como o meu tempo
1139 esgotou, vamos optar por mandar essa manifestação por escrito posteriormente.

1140

1141 **Adriana Brandão de Souza** – Obrigada. Raquel. Temos agora a UFMG, 10 minutos, por favor.

1142

1143 **Cristiana Lopes** - Então eu sou Cristiana Vidigal, estou representando aqui o GEESC, que é um
1144 grupo de estudos de saúde, na Economia da Saúde, da UFMG. Quero parabenizar a ANS por
1145 essa iniciativa, independentemente do tempo decorrido das últimas discussões, vemos uma
1146 evolução dos sistemas de saúde, então é muito adequada essa discussão agora. E agradecer
1147 também, particularmente, na pessoa da doutora Lenise, a possibilidade de participação aqui e
1148 contribuição na Câmara Técnica. Meus colegas que antecederam já trouxeram muito dessa
1149 discussão, então acho que só para reforçarmos os problemas que observamos no nosso setor,
1150 em vista da característica do nosso setor de seguro, é o risco moral, que é uma mudança do
1151 comportamento dos indivíduos após estarem segurados, que leva a um consumo maior de
1152 serviços. E o problema da indução de demanda, que aí é uma mudança no comportamento do
1153 prestador, que tende a solicitar mais procedimentos, uma vez que não há custo para aquele
1154 paciente. Acho que o foco maior aqui é no comportamento do indivíduo, mas acho que é um
1155 problema que também é correlacionado. Então o resultado potencial é uma utilização acima
1156 do nível adequado. E temos que observar que isso acontece tanto no setor privado quanto no
1157 público, não é uma particularidade do setor privado. No setor público no Brasil, optamos por
1158 mecanismos não monetários para atuar sobre o risco moral, mas em vários outros países do
1159 mundo usam-se também os mecanismos financeiros. Buscando também as evidências
1160 empíricas, a ABRAMGE já me facilitou, citando os principais estudos com experimentos
1161 controlados, acho que isso é importante. E quais são as principais conclusões desses estudos?
1162 Então, primeiro, que o risco moral existe, ele tem o efeito, sim, de maior utilização dos serviços
1163 em beneficiários que não têm não enfrentem a coparticipação. E, quanto maior a
1164 coparticipação menor a utilização de serviços. Ocorre que isso não é feito de forma linear, os
1165 retornos eles são decrescentes com o aumento da coparticipação. E isso também varia um
1166 pouco, se estamos falando de despesas ambulatoriais ou de hospitalização. Reforçar que não
1167 foi observada redução da qualidade do cuidado nesses experimentos. E a coparticipação,
1168 mesmo nos diversos níveis estabelecidos nos experimentos, não teve um efeito negativo na
1169 saúde dos participantes, como média. Mas houve um efeito sim sobre grupos vulneráveis.
1170 Então, eu vou falar um pouquinho mais à frente desse grupo. Bom, aqui são alguns gráficos,
1171 vou deixar aqui para vocês observarem, mas de fato a coparticipação tem um efeito maior, aqui
1172 ela é mais sensível nessa primeira faixa de 25% de coparticipação e, depois, os efeitos são muito
1173 menores na redução da utilização. Trago também a evidência da doutora Nayara, que fez um

1174 estudo para uma grande seguradora do Sudeste e verificou-se uma confirmação da literatura
1175 internacional. Então, vou gastar um tempinho nesse quadro. Houve uma comparação do
1176 número de Consultas médicas no plano. A, que é um plano que não tem coparticipação, para
1177 o plano B, com três níveis de coparticipação para Consultas, o B1 era R\$25,00 a coparticipação,
1178 o B2 R\$38,00 e o B3 R\$48,00 Eles fizeram, tanto o A quanto o B, um plano de rede ampla. E a
1179 vemos essa redução do número de Consultas em relação ao plano A. Então o B1 teve uma
1180 redução de 17% a 20%, o B2 a redução já não foi tão grande e o B3 26% a 31% de redução do
1181 número de Consultas. O plano C é um plano com rede restrita, e aí acho que trazemos uma
1182 evidência interessante, que é a coparticipação associada a uma característica do produto, nesse
1183 caso aqui de um acesso a uma rede exclusivamente própria da operadora, ele traz um impacto
1184 grande na redução das Consultas. Então você não consegue dissociar qual o impacto é da
1185 coparticipação e qual o impacto é da rede. Isso é algo também para termos em mente. A
1186 experiência internacional, falando rapidamente, fizemos um levantamento videográfico com
1187 10 países. Temos que colocar em perspectiva que cada país tem o seu modelo de saúde pública
1188 e saúde privada. Tentamos fazer uma sistematização, mas o pano de fundo e o modelo tem as
1189 suas particularidades. Então fica aqui essa ressalva. E observamos que o uso da coparticipação
1190 tem várias funções. Agrupamos essas funções para ajudar a organizar. A função clássica de
1191 moderação de uso de efeitos sobre o risco moral, vemos a aplicação em Consultas, em diversos
1192 países, França Estados Unidos, China, Suíça, em internação, o uso de franquias anuais e limite
1193 de valor de reembolso. Então as principais conclusões aqui é que a grande parte dos países usa
1194 os mecanismos financeiros para moderar o risco moral. Pode usar de forma isolada esses
1195 mecanismos ou combinados coparticipação, cosseguro que, na literatura, é percentual e
1196 franquia. Adicionalmente, observamos que os países usam não só na parte ambulatorial, mas
1197 também sobre hospitalização e, usualmente, há limites de desembolso totais. Aqui é um
1198 apanhado do que seriam grupos vulneráveis. O que observamos, gente, que cada país elege o
1199 seu público vulnerável para proteger e define qual vai ser o grau de compartilhamento de risco
1200 de proteção financeira para cada um. Então acho que aqui já tem que chamar atenção para um
1201 primeiro aspecto, é que aqui não se fala em procedimentos, fala em grupos de pessoas com
1202 condições ou características para proteção. Então acho que já é algo distinto em relação ao que
1203 estamos está pensando na saúde suplementar brasileira. E a outra questão aqui é que muitas
1204 vezes ele calibra a quantidade da coparticipação, não necessariamente isenta completamente.
1205 Exemplo, na parte de maternidade, os países que adotam, isentam completamente a
1206 coparticipação, mas em outros grupos vulneráveis há uma calibragem e uma redução dos
1207 percentuais. Eu acho que aqui fica um convite para uma reflexão mais ampliada, que é o quanto
1208 que os sistemas de saúde têm usado os mecanismos de franquia, de coparticipação para induzir
1209 uma trajetória assistencial mais eficiente dos pacientes. Então aqui abre-se uma ampla
1210 possibilidade de utilização. Então tem países que se o paciente segue o sistema de referência
1211 e contra referência do médico generalista, a coparticipação dele é diminuída. Então isso
1212 incentiva o modelo de acesso hierarquizado, reforça a saúde primária. Tem países, por
1213 exemplo, que tem os hospitais comunitários, então toda vez que o paciente busca um hospital
1214 de mais alta complexidade, a coparticipação é maior, então induzindo ao uso daquele prestador
1215 que é mais forte em atenção primária. Tem países aqui, como a Itália que, quando é feita uma
1216 utilização na urgência-emergência de um procedimento que poderia ter sido agendado, existe
1217 uma coparticipação maior, e se pode usar para outros desenhos de incentivos o
1218 direcionamento para redes específicas que são melhor estruturadas para o gerenciamento. Isso
1219 já se faz até bastante aqui no Brasil, pacientes com doenças crônicas, mas desde que eles
1220 estejam engajados em programas específicos e façam a parte deles, aí sim a coparticipação é

1221 reduzida, e o uso da coparticipação vinculada a protocolo clínico baseado em evidência, aí sim
1222 você reduz o desembolso do paciente que siga as linhas de cuidado. Então, um último slide aqui
1223 para finalizar. Outras funções que são utilizadas nos países são fontes complementares de
1224 financiamento. Vemos vários países que a coparticipação incide em procedimentos e é em
1225 determinada faixa de valor que, claramente, não é uma moderação de uso, de atuação no risco
1226 moral, é sim como uma fonte complementar de financiamento. Também existe a função de
1227 organização da demanda. Médicos com maior titulação têm uma coparticipação maior, uso
1228 fora da região de registro do paciente, também uma coparticipação maior, e também tem o
1229 efeito para monitoramento de casos de fraude. Então, acho que em síntese o que queríamos
1230 trazer aqui de contribuição é esse olhar sobre outras experiências e o que tem sido feito em
1231 outros países, o potencial o uso dessas ferramentas já tão conhecidas não só para a moderação
1232 do uso e atuação sobre o risco moral, mas também como um instrumento de governança e de
1233 sustentabilidade do sistema. Finalizei aqui. Obrigada!

1234

1235 **Adriana Brandão de Souza** – Obrigada! Nós estamos agora encerrando. Unidas, por favor, dez
1236 minutos.

1237

1238 **José Luiz Toro da Silva** - Muito boa tarde! Quero cumprimentar a doutora Lenise, as doutoras
1239 Dominique, Cátia e Daniele, cumprimentando pelo trabalho que a DIPRO tem realizado e,
1240 também por provocar essa importante discussão sobre esses mecanismos financeiros de
1241 regulação. Na verdade, eu represento a União Nacional das Autogestões de Saúde. São planos
1242 dedicados a grupos fechados de empregados, de servidores públicos, de empresas, na verdade,
1243 patrocinadoras. Participamos desse debate já há algum tempo e me lembro muito bem quando
1244 a doutora Daniele mencionou que, em 2016, os problemas elencados são os mesmos que nós
1245 estamos discutindo hoje. Então, há dez anos, nós não tivemos muita evolução com referência
1246 a esses temas, e nós estamos falando também de uma norma que é de 1998, de 3 de novembro
1247 de 1998, quando nem existia a Agência Nacional de Saúde Suplementar, onde inclusive alguns
1248 conceitos, a própria ANS, ao longo do tempo, teve dúvidas, teve conflitos a respeito da devida
1249 aplicação. Trago aqui, como primeira questão, justamente essa definição do que é
1250 procedimento. A Unidas, principalmente em 2021, provocou uma discussão na ANS, com
1251 referência a essa questão de procedimento e, na verdade, a impossibilidade, segundo um
1252 despacho, inclusive que era um despacho que não era público, até então que era um despacho
1253 de 2016, que falava que não podia ter coparticipação sobre medicamentos de OPME, mesmo
1254 quando integrasse algum outro atendimento realizado. Nós entendemos que esse conceito de
1255 procedimento extremamente restritivo, levando em consideração uma norma de 98, onde
1256 inclusive nós pudemos verificar que, em determinado momento, a DIDES pensava de uma
1257 forma, a DIPRO pensou de outra maneira, e essas questões, até hoje, para nós, são questões
1258 que não estão bem definidas. Até porque, naquela ocasião, nós levantávamos também como é
1259 que funcionaria, até tendo visto o excelente trabalho que a ANS tem feito, também no sentido
1260 de provocar modelos alternativos de remuneração, e quando se trata de coparticipação num
1261 contrato de captation, num contrato de (inaudível), num contrato de pacotes onde
1262 medicamentos, órteses e próteses estão lá inseridos. Tem algumas questões que até hoje não
1263 foram bem dirimidas. E eu penso, doutora Daniele, que talvez não evoluímos nesse período
1264 todo, porque talvez, e aqui, nós como em todos, e por isso que é muito importante esse
1265 trabalho que as doutoras estão realizando, de chamar a sociedade para discutir, talvez a nossa
1266 pretensão regulatória seja muito alta e, talvez, nós precisássemos pensar numa norma um
1267 pouco mais simplificada, talvez, uma norma um pouco mais conceitual e que, depois, com o

1268 passar do tempo, a própria sociedade vai se organizando com referência a esses aspectos. Eu
1269 vi com muita atenção a atuária Raquel trazendo a colação, a questão das especificidades, a
1270 realidade é muito mais ampla, a casuística é muito mais ampla, principalmente levando em
1271 consideração que boa parte dos contratos que hoje são oferecidos são contratos coletivos e
1272 não contratos individuais familiares. Então a realidade, a dinâmica das relações é muito mais
1273 ampla. Então, eu penso que há necessidade de nós evoluirmos sim numa norma mas, talvez,
1274 uma norma mais simplificada, uma norma mais principiológica, uma norma que levasse em
1275 consideração, principalmente dentro dos eixos temáticos que estão sendo apresentados, a
1276 questão da transparência, o beneficiário tem ciência do que ele está contratando, ele tem
1277 direito de escolher e, muitas vezes, é a própria pessoa jurídica, não é nem o beneficiário, em
1278 si, que escolhe a modalidade de contratação, são as pessoas jurídicas. as pessoas têm
1279 consciência do que estão contratando e se, eventualmente, elas assumem esse desenho, essa
1280 forma de contratação, dentro de um princípio que seja passado explicabilidade, dentro de um
1281 princípio de utilitarismo muitas vezes, não há, portanto, nenhuma irregularidade nisso, muito
1282 pelo contrário, está bastante afinado como o Cadim também colocou, com a própria liberdade
1283 econômica, então eu acho que a precisamos, talvez, evoluir para alguma coisa que seja mais
1284 simples, seja mais exequível, alguma coisa que, primeiro, trate dessas questões conceituais, de
1285 largada, que é a questão, por exemplo, da definição da coparticipação sobre procedimento.
1286 que procedimento é esse? Por que não também estabelecer medicamentos, estabelecer
1287 órtese, prótese, junto com outras coberturas. Que dificuldade que nós teríamos, desde que
1288 isso tivesse, claro, um limite como assim é estabelecido? e que seja algo que todos
1289 compreendam, que todos entendam. Esse é o primeiro aspecto. O segundo aspecto. Eu queria
1290 trazer à colação, e a doutora Lenise, com muita propriedade, trouxe a literatura internacional
1291 a respeito da questão do risco moral, a questão da finalidade da coparticipação, todavia, nós
1292 sabemos, e os atuários aqui puderam testemunhar isso que, não obstante essa questão da
1293 academia, na prática nós sabemos que isso tem uma repercussão no custeio do plano de saúde.
1294 A própria doutora Daniele colocou, com muita propriedade, algumas diferenças. E como isso
1295 está sendo tratado, nós também não temos dados bastante concretos para saber como está
1296 sendo tratado. Nas autogestões, por exemplo, hoje pela manhã tive uma reunião, e algumas
1297 autogestões já estabelecem limites mensais. E a diferença fica para o outro mês que, afinal de
1298 contas, nós estamos falando de um mutualismo, de uma socialização do risco. Percebemos que
1299 não tem, vamos dizer, tanto atrito, pode ter uma situação ou outra, mas a regra, a normalidade,
1300 e, ainda mais se tratando de contratos empresariais, onde, muitas vezes, existe até acordos
1301 entre o empregado e o empregador com referência à forma de custeio, isto não representa
1302 uma regra. Algumas aberrações que são apresentadas não representam uma regra. E, se de
1303 repente, existe abusividade, existem remédios jurídicos para coibir essas abusividades. Mas eu
1304 penso que talvez precisemos buscar aqui, doutora Lenise, aquilo que seja consensual, aquilo
1305 que seja mais ou menos dentro desse debate e que, com certeza, não teremos só esse,
1306 chamando a sociedade, dentro do que é consensual, e estabelecermos, para que nós não
1307 tenhamos aí esse fiasco de 10 anos aonde nós estamos no mesmo ponto, onde nós avançamos.
1308 Às vezes queremos avançar muito, queremos resolver todas as coisas, e acabamos não
1309 conseguindo porque não tem um consenso. E, com referência a essa influência que a
1310 coparticipação tem sobre o custeio, sobre o preço, doutora Daniele colocou com muita
1311 propriedade, a própria jurisprudência ao longo do tempo, até pela falta de uma regulação da
1312 ANS, a jurisprudência vai, na verdade, moldando isso. Há uma decisão de relatoria inclusive do
1313 ministro Cuervas, e aqui eu termino, que diz: a adoção de coparticipação no plano de saúde
1314 implica diminuição do risco assumido pela operadora, o que provoca redução do valor da

1315 mensalidade a ser paga pelo usuário. Que, por sua vez, caso utilize determinada cobertura,
1316 arcará com valor adicional apenas quando tal evento. Veja que a jurisprudência do STJ já
1317 avançou. Nós temos até uma outra decisão da ministra Narcia Drigg, também em face dessa
1318 ausência de uma regulação da ANS, porque a norma que nós temos ainda, de 1998, a
1319 jurisprudência tem já modulado algumas questões. Então, é nesse sentido. Eu quero, mais uma
1320 vez, cumprimentar as doutoras, cumprimentar todos os participantes da Câmara, e que nós
1321 pudéssemos avançar, talvez não da forma ideal que todos gostaríamos, mas que nós
1322 pudéssemos avançar, pudéssemos estabelecer alguns conceitos, algumas premissas, para que
1323 a possamos ter uma segurança jurídica maior no nosso setor. Muito obrigado.

1324

1325 **Adriana Brandão de Souza** – Muito Obrigada. Temos agora um momento das perguntas,
1326 contribuições e encaminhamentos. Eu não sei se vocês, a mesa, quer fazer alguma
1327 consideração agora, se já podemos passar para esse momento de fazer

1328

1329 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – Adriana, só para uma questão de ordem, temos aqui
1330 algumas pessoas que falaram e acabaram ficando com a mão abaixada, e que retomaram, e
1331 que eu queria trazer à tona, que foi o senhor Acayaba, o doutor Hilton e a Beatriz, que falaram
1332 e perderam a vez que já tinham suspenso a mão para fala, então, só manter essa ordem que
1333 eles tinham levantado anteriormente.

1334

1335 **Adriana Brandão de Souza** - Está ótimo. Então, eu vou chamar agora o senhor Alessandro,
1336 depois o Hilton, a Beatriz, e seguimos a ordem aqui. Então, senhor Alessandro Acayaba, um
1337 minuto, por favor.

1338

1339 **Alessandro Acayaba de Toledo** – Muito obrigado. Cumprimento a todos os participantes aqui
1340 dessa Câmara Técnica, um cumprimento especial à doutora Lenise, diretora da DIPRO, e toda
1341 a sua equipe, Adriana, fazendo uma apresentação brilhante, um tema de extrema relevância,
1342 eu acho que para todo o setor. Nós estamos debatendo aqui um tema que vem ganhando
1343 destaque nos últimos tempos, cada vez mais você observa operadoras com produtos e planos
1344 que contemplam a situação e a questão relacionada à coparticipação, e há uma diferença aí
1345 pela apresentação que foi feita em planos com coparticipação e planos sem coparticipação, em
1346 termos de valor final de mensalidade. Ao passo que é fundamental que reavivemos essa
1347 discussão aqui e possamos seguir adiante. Foi na apresentação feita aqui, e eu não quero deixar
1348 passar despercebido, mas apenas reforçar que, em 2018, quando da edição da RN 433, houve
1349 a ADPF promovida pela Ordem dos Advogados do Brasil, a então presidente do Supremo,
1350 ministra Carmen Lúcia, liminarmente suspendeu os efeitos daquela resolução, e ali ela já
1351 destacava que as alterações relevantes no modelo de cobrança dos planos de saúde envolvem
1352 diretamente mudanças à proteção do consumidor, razão pela qual tais mudanças
1353 demandariam o debate

1354

1355 **Adriana Brandão de Souza** -... Eduardo, se o senhor puder, já concluindo.

1356

1357 **Alessandro Acayaba de Toledo** – Não entendi, porque.

1358

1359 **Adriana Brandão de Souza** - é um minuto.

1360

1361 **Alessandro Acayaba de Toledo** – Mas o doutor Toro, ele teve quanto tempo?

1362
1363 **Adriana Brandão de Souza** - Não, o momento das perguntas agora é um minuto, se o senhor
1364 puder ser bem objetivo.
1365
1366 **Cátia Mantini** - Só um esclarecimento por questão de...
1367
1368 **Alessandro Acayaba de Toledo** - Ficou confuso.
1369
1370 **Cátia Mantini** – O doutor Toro se inscreveu como representante da Entidade Unidas, ele é a
1371 oitava entidade inscrita só para título de esclarecimento para o público em geral.
1372
1373 **Alessandro Acayaba de Toledo** - E eu me inscrevi como ANAB, Associação Nacional das
1374 Administradoras de Benefícios.
1375
1376 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – Desculpa, deixa eu fazer um esclarecimento aqui, só para
1377 não termos confusão. As pessoas se inscreveram previamente que fariam apresentações em
1378 representação às suas instituições. Nós tivemos oito inscrições para fazer a apresentação de
1379 pontos de vista e os demais fariam perguntas. Não sei se teve algum desentendimento, senhor
1380 Acayaba, mas se o senhor quiser fazer uma apresentação, vamos ter uma nova reunião, só para
1381 seguirmos a ordem e não ter nenhum problema com aquilo que foi previamente pactuado.
1382
1383 **Alessandro Acayaba de Toledo** - Não, é porque eu não vi nenhuma apresentação do colega
1384 Toro.
1385
1386 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – Quando falamos apresentação, é uma apresentação que
1387 pode ser por slide ou oral.
1388
1389 **Alessandro Acayaba de Toledo** - É o que eu estou fazendo, mas eu acho que como você disse...
1390
1391 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – É que o senhor não se inscreveu para fazer apresentação
1392 em nome da ANAB, mas podemos abrir isso para a próxima reunião que vamos fazer.
1393
1394 **Alessandro Acayaba de Toledo** - Eu agradeço isso. É a primeira reunião.
1395
1396 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – Eu sei que muitas vezes isso acontece. Só para mantermos
1397 a ordem. Fazemos a apresentação. Faz essa fala agora e, nas próximas reuniões quem quiser
1398 fazer uma apresentação seja com PowerPoint ou apenas oral, ela pode se inscrever
1399 previamente.
1400
1401 **Alessandro Acayaba de Toledo** - Sem problemas. Então o encaminhamento que eu vou dar, se
1402 me permite embora o tempo já tenha, digamos assim, estourado, compreendo perfeitamente.
1403 Peço desculpas pelo desentendimento. Apenas encaminhar e endereçar um assunto
1404 relacionado à questão da cobrança, da coparticipação. É um assunto administrativo e
1405 financeiro, talvez lateral, mas não menos importante, especialmente nos casos que envolvem
1406 a figura da administradora de benefícios. Como é que ficam as questões e os temas
1407 relacionados à responsabilidade e, no caso de inadimplência, especificamente em relação à
1408 coparticipação. Eu não vi, na apresentação que foi feita nenhuma abordagem sobre esse

1409 assunto. Era esse o encaminhamento que eu gostaria então, nesse momento, de fazer. Muito
1410 obrigado, doutora Lenise.

1411

1412 **Adriana Brandão de Souza** - Obrigada. Eu vou chamar agora o senhor Hilton. Um minuto, por
1413 favor.

1414

1415 **Hilton Melo** - Muito bem, muito obrigado. Uma boa tarde a todos. Quero agradecer da
1416 oportunidade de o Ministério Público Federal estar falando aqui hoje. Também gostaria, como
1417 o colega acabou de mencionar, de fazer a apresentação. Entendemos que isso faz parte de uma
1418 agenda continuada. Então, eu vou aqui me reservar apenas um questionamento, uma
1419 provocação, para podermos utilizar bem esse tempo de hoje e dar oportunidade para os
1420 demais. Pelo que tudo que escutei, percebi que ainda podemos melhorar, e aqui é uma
1421 sugestão, na formatação, na construção do que seria a experiência, o que é a jornada do
1422 usuário de planos de saúde, no processo de entender o que é a coparticipação e a franquia. Eu
1423 não vou aqui fazer nenhum arrazoado histórico. Eu estou feliz aqui que estamos caminhando
1424 para a edificação de uma norma que vai ser recebida pelo povo brasileiro. Então, a pergunta é:
1425 com tantas isenções, e faço coro aos colegas que falaram em complexidade, que precisamos
1426 simplificar, com tantas, com uma lista tão extensa, será que não poderíamos pensar de, por
1427 exemplo, vedar? Porque a posição do MPF é que vede o uso desses mecanismos para hipótese
1428 sem risco moral. Mas, também aprimorar o promo-prev, para que tenhamos, o promo-prev
1429 tem o promo e tem o prev. Também não vou entrar no mérito de um e de outro. Mas quem
1430 sabe termos um formato de comercialização dessas isenções para que vendamos melhor a
1431 comunicação para o usuário. Olha: o bloco do promo não paga isenção em franquia. O bloco
1432 do prev não paga isenção em franquia. e aí isso vai comunicar muito melhor do que o usuário
1433 ter que ir lá na extensa fila, na extensa lista de procedimentos complexos, de nomes complexos.
1434 Então fica essa provocação sadia, para que tentemos construir blocos que simplifiquem o
1435 processo de escolha e tomada de decisão do usuário no futuro. Mas vou aguardar. Muito
1436 obrigado, Lenise e todos. Perdão até por ter extrapolado um minuto aí.

1437

1438 **Adriana Brandão de Souza** – Muito obrigada. Eu vou chamar agora a senhora Beatriz. Beatriz,
1439 um minuto, por favor.

1440

1441 **Beatriz Silva** – Agradeço, Adriana, mas já tivemos a apresentação via APRISME. Então, pode
1442 seguir para o próximo.

1443

1444 **Adriana Brandão de Souza** - Então vou chamar o primeiro. Ótimo, muito obrigado. Vou chamar
1445 aqui agora o primeiro da fila, Eduardo Kaplan. Eduardo, por favor, um minuto.

1446

1447 **Eduardo Kaplan Barboza** – Boa tarde a todas e a todos. Queria também começar agradecendo
1448 a oportunidade e parabenizando pelo espaço que me ofereceu a doutora Lenise. Represento
1449 aqui o Departamento de Economia e Investimento em Saúde do Ministério da Saúde, um
1450 departamento com foco em análises econômicas, em avaliações de impacto sobre políticas de
1451 saúde, monitoramento de preços, avaliação de modelos de financiamento, entre outros temas
1452 críticos para apoiar e aprimorar as políticas de saúde do Ministério. E aqui eu começo também
1453 reconhecendo, reforçando, na verdade, o reconhecimento que o Ministério tem da grande
1454 relevância da parceria com o setor privado na provisão de serviços de saúde para toda a
1455 população. E usando como referência até uma das prioridades do Ministério, que é o programa

1456 Agora Tem Especialistas, que tem como alguns de seus componentes justamente o
1457 aproveitamento e a otimização da capacidade produtiva de operadores, de planos, de
1458 atividades privadas nessa constituição. E aqui também temos uma importante frente de
1459 trabalho no outro componente desse programa, que é justamente a avaliação dos modelos de
1460 oferta de cuidados, pensando nas inovações dos mecanismos de pagamento. Aqui também a
1461 abrimos um espaço para reconhecer oportunidades de aprimoramento desses mecanismos de
1462 financiamento da saúde, que tem uma relevância muito grande para o debate, porque a qual
1463 ponto estamos falando de risco moral, mas também buscando otimizar o custeio desses
1464 serviços. Então, colocar esse debate que hoje acontece dentro do Ministério para as políticas
1465 de saúde pública, para também avaliar como isso pode ser levado para as discussões do setor
1466 privado, considerando os importantes vasos comunicantes que existem entre o setor privado
1467 e o setor público na saúde, considerando as implicações que essas ferramentas de risco moral
1468 podem exercer sobre impacto direto e indireto de usuários, também sobre serviços públicos.
1469 Eu acho que essas discussões acabam ficando conectadas. Então, a minha menção aqui, muito
1470 rápida, é muito mais pela sinalização da importância do tema e da parceria que o Ministério da
1471 Saúde tem e terá com o ANS nesse acompanhamento do debate. Então, acho que essa
1472 sinalização e aqui, nas próximas ocasiões, eu pretendo trazer vamos com a equipe, que hoje
1473 me acompanha aqui, reforçando a presença do coordenador Geraldo Gustavo, apresentações
1474 um pouco mais estruturadas. Obrigado.

1475

1476

1477 **Adriana Brandão de Souza** – Obrigada. Eduardo de Souza, o senhor Eduardo de Souza, um
1478 minuto, por favor.

1479

1480 Eduardo de Souza Meirelles - Boa tarde. Eu me apresento aqui à Sociedade Brasileira de
1481 Reumatologia e a Associação Médica Brasileira. Cumprimentar a doutora Lenise, a doutora
1482 Daniele, pelas apresentações. Bom, como beneficiário, gostaria de dizer que sou beneficiário
1483 de um plano chamado ALICE, que usa um conceito chamado de saúde baseada em valor. Isso
1484 é um conceito que eu não vi sendo colocado, que é de extrema importância, mesmo, inclusive
1485 nos modelos de remuneração, que é um trabalho que a ANS tem feito também, que eu tenho
1486 acompanhado e participado bastante, e que não vi ser referido. Isso é algo extremamente
1487 importante para a economia e sustentabilidade do setor. Com relação às perguntas, eu diria
1488 que não ficou, apesar da apresentação da Daniele ter sido muito compreensiva, eu não percebi
1489 a redução de valor da mensalidade, de quanto seria, com relação à coparticipação de até 30%,
1490 já que 25% já é extremamente impositivo, por que não limitar a 25% ou 30%? Então, o meu
1491 protesto contra mais do que 30%. Relacionado ao ressarcimento do SUS, a transparência da
1492 agência em publicar isso em seu site, eu tenho visto, ultimamente não tenho achado, no site
1493 da ANS, os ressarcimentos públicos ao SUS. Com relação à isenção por ausência de risco moral
1494 ou os preventivos, eu gostaria que esse debate fosse mais aprofundado e que houvesse, sim,
1495 elencar quais são a lista de procedimentos isentos por ausência de risco moral ou preventivo.
1496 Era isso. São pequenas dúvidas só. Obrigado.

1497

1498 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Chamo agora a senhora Renata Molina.

1499

1500 **Renata Molina** – Boa tarde. Eu falo pelo PROCON São Paulo. E aqui, pelo tempo, vamos reduzir
1501 a nossa fala, mas reforçar que é urgente e necessária essa discussão. Essa discussão que se
1502 iniciou em 2016, está tendo avanço, mas que necessita de um esforço para que ela realmente

1503 seja concluída. A definição de limites anuais e mensais e a definição do fator restritivo severo,
1504 são essenciais para corrigir parte das distorções que nós observamos nas reclamações de
1505 consumidores, que inviabilizam a contratação e a manutenção de consumidores que utilizam
1506 o produto fora da aplicação de risco moral. Isso é o que observamos na prática. Para que
1507 possamos aproveitar melhor o tempo, nós entendemos que é importante trazer aqui algo que
1508 se falou muito pouco, que é a informação ao consumidor. Hoje, a maior parte das demandas
1509 do consumidor diz respeito à dificuldade ou ausência de informações sobre a forma como se
1510 aplicam esses fatores moderadores, quais os direitos que eu tenho e como isso vai ser calculado
1511 ou não. A apresentação das informações e também o acesso a essas informações, após a
1512 cobrança e contestação. Inclusive com operadoras, transferindo a responsabilidade para
1513 recursos humanos das empresas jurídicas que fizeram o contrato ou das administradoras.
1514 Então, é essencial que nós nos preocupemos, na norma, em definir mecanismos claros,
1515 delimitando de que forma que essas informações serão apresentadas, a sua obrigatoriedade e
1516 também a determinação de procedimentos de contestação que possam garantir o resguardo
1517 desses consumidores. Vou finalizar por aqui para não estender mais. Obrigada.

1518

1519 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Chamo agora a senhora Mônica Nigri. Um minuto,
1520 por favor, Mônica.

1521

1522 **Monica Nigri** – Boa tarde a todos. Parabéns, Lenise, DIPRO e a todos que apresentaram
1523 contribuições de alto nível. Os 10 anos de discussão comprovam que o tema é complexo e tem
1524 impacto no setor. E é consenso que o fator moderador promove o uso consciente, financia a
1525 partir do valor do procedimento, mitiga o risco moral, auxilia na mitigação de fraudes. Isso tudo
1526 implica na redução do valor e contém também a pressão inflacionária, que é um duplo ganho.
1527 Claro, sem configurar restrição de acesso ou barreira de uso. É importante chamar atenção
1528 para a apresentação da Daniele, que demonstra que aumentou a participação dos planos com
1529 mecanismos de regulação, mas não deixou de existir a oferta de planos sem fator moderador.
1530 Então, conforme o seu público, o contratante pode optar por um ou outro. E é tão importante
1531 quanto a oferta e a opção do contratante, é que da mesma forma que os planos odontológicos
1532 as reclamações são ínfimas como demonstrou a Virgínia. Em média, 1,6% das demandas são
1533 relacionadas a fator moderador, o que não justifica uma alteração regulatória nessa magnitude.
1534 E a norma é positiva quando traz percentuais distintos para planos coletivos e planos
1535 individuais. O outro ponto de atenção é obrigatoriedade de adequação de plano. Isso vai trazer
1536 um prejuízo muito grande para o mercado. E para finalizar, eu queria chamar a atenção para a
1537 apresentação da Daniele, no slide que trata da diferença do preço de plano com e sem
1538 coparticipação. Combinando também com a apresentação da Cristiana, que demonstrou o
1539 impacto diferente dos fatores moderadores conforme o tipo de contrato. A rede mais ampla
1540 tem efeito maior, a rede mais restrita é efeito menor. E aí eu termino questionando a Daniele,
1541 se foi possível comparar planos semelhantes para apontar por descontos tão altos. Porque,
1542 como atuária, não imagino precificar um produto com 30%, já que é essa média de fator
1543 moderador, e chegar a um desconto de 50% no preço, por mais que tenha a redução do uso
1544 desnecessário. Obrigada.

1545

1546 **Adriana Brandão de Souza** – Muito obrigada. Chamo agora o senhor Marcos Paulo. Senhor
1547 Marcos Paulo, um minuto, por favor.

1548

1549 **Marcos Paulo Morais Silva** - Boa tarde a todos, e eu acho que eu quero só exaltar a importância
1550 de trazermos dados, de organizarmos. Vamos pensar, acho que estamos falando aqui, se o
1551 mecanismo financeiro de coparticipação ou franquias, vai gerar uma piora na qualidade de
1552 acesso, temos que medir isso tudo. Já temos informação que conseguimos alcançar isso tudo.
1553 Então, eu queria aqui destacar, diretora Lenise, só um grande número, claro, isso aqui é o início.
1554 A coparticipação hoje representa, esse que é o dado ANS de OPS, 3,6% do faturamento da
1555 operadora. 3%, 3% do faturamento das operadoras. É o que recebemos de coparticipação, 3%.
1556 Se pegarmos o dado que a Daniele trouxe, temos uma redução de preço da ordem de 30% a
1557 40% no plano de saúde. 3% em recuperação de coparticipação nos dá uma margem para
1558 trabalhar em preço da ordem de 40% a menor. Então, assim, claro, estamos falando aqui que
1559 precisamos aprimorar muito esse trabalho, mas a grosso modo, se eu eliminasse esses 3% que
1560 recuperamos, eu teria que subir o preço em 40%. É claro, precisamos fazer muito mais trabalho
1561 para poder encontrar o número, mas veja a ordem das coisas. Eu acho que vamos precisar
1562 agora, dentro da Câmara Técnica, começar a trazer essas informações e lembrando de novo,
1563 só fazer esse destaque final. Gente, temos que olhar, esse setor vai ser saudável quanto mais
1564 pessoas estiverem dentro dele ajudando a financiá-lo. E essas pessoas que têm que estar
1565 dentro do sistema, precisam ter muitas pessoas dentro desse sistema que vão, eventualmente,
1566 não precisar de grandes tratamentos agora, nesse primeiro momento, mas já vão ajudar a
1567 financiar quem está precisando dos tratamentos. Se mexermos muito nessa balança, se
1568 mexermos muito no preço e o preço subir, podemos deteriorar carteiras e atrapalhar o
1569 tratamento, o atendimento, exatamente quem está precisando. Então, vamos colocar isso tudo
1570 na balança no decorrer das próximas reuniões. Aqui, diretora Lenise, todo o time da DIPRO,
1571 colocamos a disposição para a exercitarmos isso junto com todo esse grupo. Obrigado.

1572
1573 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigado. Só um aviso, quem ainda não assinou a lista de
1574 presença, se puder assinar, está no chat do Teams. Vou chamar o próximo, Bruno Santos.

1575
1576
1577 **Bruno Santos** - Boa tarde, tudo bem? Eu sou o Bruno Santos. Primeiro, eu queria parabenizar a
1578 diretora e a equipe que trabalhou, que vem trabalhando na retomada dessa norma. Nós, acho,
1579 entendemos que isso é uma norma muito importante. Eu sou economista-chefe da ABRAMGE.
1580 Eu quero abordar outros pontos rapidamente, em relação ao que já trouxemos também, o que
1581 o Marcos já falou. Primeiro, em relação a esse rol que se entende de fazer de produtos que
1582 podem ser excluídos, precisamos fazer uma avaliação também do impacto do custo
1583 operacional disso. Revisão de contrato, você tem que ter um sistema que faça isso, não é uma
1584 coisa operacionalmente simples de ser feita, tem um custo elevado. Então, assim, além da
1585 restrição do mecanismo de regulação, você tem um outro custo ajudando a empurrar para
1586 cima o valor do plano de saúde. Outra coisa importante lembrarmos é que a simetria de
1587 informação também é uma das falhas de mercado que se busca atenuar aí. E temos evidências
1588 novas, depois de 98, de que a simetria de informação vai além da simetria do que o paciente
1589 diz que tem ou não tem, mas também sobre a exposição financeira dele ao risco. Então, assim,
1590 são questões que vão além só do risco moral, temos outras falhas de mercado trabalhando
1591 nesse quesito, e que o mecanismo financeiro de regulação ajuda a atenuar. Era isso que eu
1592 queria falar, acho que o meu tempo já esgotou, então, obrigado.

1593
1594 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Eu vou chamar agora a Ligiane Alves.

1595

1596 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** - Adriana? Eu estou vendo aqui que a Renata Molina, que
1597 está em primeiro lugar, não sei se..

1598
1599 **Adriana Brandão de Souza** - Eu tive a impressão que ela já tivesse falado, desculpa então, se for
1600 o caso, a Renata Molina pode falar, eu tive a impressão que ela falou e não abaixou a mão, e
1601 eu acabei não abaixando a mão dela, mas se ela já não tiver falado, pode falar.

1602
1603 **Renata Molina** - Eu já fiz minha fala, gente, obrigado. Obrigada.

1604
1605 **Ligiane Alves** - Obrigada, Adriana. Bom, eu sou a Ligiane, eu falo pela INTERFARMA, eu queria
1606 começar agradecendo pela oportunidade de participar aqui e acompanhar essa discussão, que
1607 é tão importante na figura da diretora Lenise. Obrigada pela oportunidade. Eu queria trazer só
1608 uma contribuição para essa discussão, que diz respeito à manutenção da isenção para
1609 procedimentos que não têm risco moral envolvido. Eu aqui a questão que já está tratada dentro
1610 da minuta, que é o anexo 1, e que já colocamos ali a isenção de medicamentos. Os
1611 medicamentos já têm um mecanismo de regulação assistencial, então colocamos aqui a
1612 importância de manter essa isenção para medicamentos, aqueles que já estão previstos, mas
1613 também avaliar a oportunidade de ampliar essa lista se possível, e se fizer o sentido técnico, e
1614 vamos trazer contribuições nesse sentido. Obrigada.

1615
1616 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Agora temos Cid Gusmão. Senhor Cid, um minuto,
1617 por favor.

1618
1619 **Cid Gusmão** - Bom, boa tarde, muito obrigado. Eu represento a Sociedade Brasileira de
1620 Oncologia Clínica, depois nós vamos mandar um documento oficial para ANS. também gostaria
1621 de continuar participando dessa Câmara Técnica. Na área da Oncologia, só para ser rápido, que
1622 sentimos falta na RAIR, foi que a área da Oncologia, ela constitui uma hipótese, vamos dizer,
1623 paradigmática de um uso inadequado de coparticipação e franquia, da forma como está posto
1624 no momento. Porque esses procedimentos estão incidindo sobre procedimentos seriados, que
1625 são indispensáveis e que não constituem de forma nenhuma um consumo eletivo, nem um
1626 comportamento compatível com risco moral. Isso não está contemplado na RAIR, no momento
1627 que está nesse momento, é o que encontramos no mercado. Então, o que sugeriríamos e
1628 gostaríamos de sugerir nas próximas reuniões é que a RAIR contemplasse de forma expressa
1629 no seu texto, deveria registrar a vedação do fator moderador da coparticipação sobre
1630 procedimentos que estejam vinculados a diagnóstico, estadiamento, tratamento, segmento do
1631 câncer quando dentro de uma cobertura obrigatória. Como você fala, por exemplo, o paciente
1632 faz exames seriados o tempo todo, biópsias seriadas, tratamentos seriados, exames seriados,
1633 e isso, de forma alguma, pode estar relacionado a um fator moderador. Isso que vamos
1634 explicitar melhor no documento, nas próximas reuniões, porque senão o fator moderador
1635 passa a se tornar um fator não moderador, mas um fator de arrecadação para a operadora de
1636 saúde, como já foi falado em outras fases anteriores. É uma particularidade, mas eu acredito
1637 que, assim como oncologia, devam existir outras especialidades e outras situações semelhantes
1638 em outras especialidades, que isso deveria estar discriminado na RAIR. Da forma como está
1639 posto, o paciente está sofrendo, sofrendo, não é bem a palavra, está sendo aplicado nele em
1640 uma situação que não é de risco moral, e ele está tendo que arcar com isso, e acaba tendo um
1641 custo muitas vezes inadmissível para ele. Muito obrigado.

1642

1643 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Rodrigo Filos. Senhor Rodrigo, por gentileza, um
1644 minuto.

1645
1646 **Rodrigo Filos** - Obrigado, boa tarde. Sou Rodrigo Filos, atuo na Volkswagen como Head de
1647 Benefícios, e hoje represento aqui o mesmo movimento empresarial pela saúde, liderado pelo
1648 SESI, SNI e SENAI. Hoje representamos 75 grandes empresas, com aproximadamente 11
1649 milhões de vidas no nosso plano de saúde, ou seja, 30% dos beneficiários dos planos coletivos
1650 do Brasil. Sobre nosso posicionamento, vamos nos para estar em uma próxima reunião
1651 trazendo aqui toda a tratativa do que entendemos como palpável para a indústria.
1652 Reconhecemos que a coparticipação e franquias são instrumentos legítimos e capazes de
1653 estimular o uso racional dos serviços quando bem estruturados. Mas ressaltamos que a
1654 regulação não deve se limitar a uma imposição percentual única e rígida por procedimento
1655 devido à heterogeneidade de perfis assistenciais, de contratos e também de custos de cada
1656 contrato. Nosso posicionamento defende a criação de balizas protetivas objetivas que
1657 preservam a flexibilidade contratual, bem como a definição normativa de procedimentos
1658 isentos de fator moderador, especialmente ações preventivas, tratamentos contínuos, doenças
1659 crônicas como já trazido aqui por vários dos colegas. Destacamos também aqui a importância
1660 da transparência contratual e informacional com regras claras, informações prévias sempre
1661 que possível e detalhadas sobre cobranças aos beneficiários e também às empresas. Então nós,
1662 como indústria, manifestamos o apoio à atualização normativa e obviamente buscamos aqui
1663 contribuir com a ANS sempre com equilíbrio de viabilidade econômica financeira, proteção
1664 assistencial, incentivos alinhados ao modelo de atenção à saúde mais eficiente e sustentável.
1665 Obrigado.

1666
1667 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Vou chamar agora a Carolina Salgado. Senhora
1668 Carolina, um minuto por favor.

1669
1670 **Carolina Salgado Lucas** – Boa tarde a todos. Meu nome é Carolina Lucas, representante da
1671 Saúde Petrobras, sou representante legal da operadora. Estou aqui junto com o time da Unidas
1672 reforçando a fala do doutor Toro. Gostaria de reforçar o pedido especial para a agência, em
1673 nome da nossa querida diretora Lenise, de termos muito cuidado, muita parcimônia na hora
1674 desse conceito de procedimento excluir a OPME e medicamentos. Isso é um tema muito caro
1675 para as operadoras que têm planos de pós-pagamento que têm um acordo coletivo regendo
1676 os procedimentos onde nós já praticamos isenções de coparticipação voltados à atenção
1677 primária. Então, a nossa preocupação é que a norma avance e retire desse empregador, dessas
1678 maiores empresas empregadoras, esse poder de customizar os seus produtos, de atender as
1679 necessidades específicas dos públicos, onde essas empresas já definem um percentual de
1680 custeio, muitas vezes alto, em torno de 70, 90% do valor do plano. E ali, em mesa coletiva, é
1681 definido quais são os procedimentos que vão ter isenção de carência, quais serão os
1682 procedimentos que terão um outro tipo de tratamento diferenciado. E reforço a nossa intenção
1683 de promover esse debate e pela atualização da norma. O nosso interesse é que a norma seja
1684 atualizada, mas não adentre num papel de customização do produto que já é tão caro para as
1685 nossas empresas. Só isso. Muito obrigada.

1686
1687 **Adriana Brandão de Souza** - Obrigada. Sr. Elerton Aboim. Um minuto, por favor.

1688

1689 **Elerton Aboim** – Boa tarde a todos. Parabéns. Eu tenho uma dúvida. Eu estou representando o
1690 CFM, é a primeira reunião que eu participo desse grupo. E eu fiquei aqui com uma dúvida. Eu
1691 tentei pesquisar em relação ao transtorno do espectro autista. Ele entra como exceção para o
1692 risco moral ou haveria alguma resolução, alguma normativa específica para essa situação? Eu
1693 pergunto, quem pudesse me responder.

1694
1695 **Cátia Mantini** - Tudo bem. Muito boa tarde. Dr. Elerton. Os procedimentos relacionados com
1696 TEIA, eles não estão nessa lista de isenções. Não estão ali. Então entrariam na modalidade
1697 normal dos demais, de aplicar a franquia e coparticipação nas regras dos demais. Não há
1698 exceção. Não há exceção.

1699
1700 **Elerton Aboim** – Muito obrigado.

1701
1702 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Temos mais duas mãos levantadas aqui. Eu vou
1703 chamar agora o Cássio Alves. Sr. Cássio, um minuto, por favor.

1704
1705 **Cassio Alves** - Obrigado. Boa tarde a todos. Inicialmente, parabenizando a iniciativa da DIPRO,
1706 parabenizo a Lenise, representando todos os funcionários que arduamente trabalharam na
1707 DIPRO. É um tema complexo, extremamente relevante. Vemos pelas diversas linhas que foram
1708 citadas aqui, as apresentações foram excelentes. Eu só queria rapidamente lembrar também a
1709 função da coparticipação na indução de jornadas assistenciais mais racionais. Isso é uma função
1710 extremamente relevante e foi trazida em alguns exemplos. Além disso, também a função da
1711 coparte como indutor de modelos de pagamento baseados em valor. Isso é extremamente
1712 importante. É uma mudança organizacional dos sistemas de saúde que a coparte pode
1713 participar como uma ferramenta importante. Muito obrigado.

1714
1715 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Senhor Renato Luiz, um minuto, por favor. Senhor
1716 Renato Luiz, o senhor pode abrir o seu microfone, por favor?

1717
1718 **Renato Luiz** - Mas para tentar contribuir com a pergunta do doutor Elerton Aboim, do Conselho
1719 Federal de Medicina, em relação ao TEA, alberga na psiquiatria alguma forma de... O Hospital
1720 Dia, por exemplo, coloca dentro do rol para o TEA, porém o TEA e as suas eventuais implicações
1721 psiquiátricas que porventura possam haver são absolutamente dentro desse escrutínio
1722 discriminativo que a saúde mental tem, e o TEA, por consequente, também, infelizmente,
1723 comunga dessa excepcionalidade que, se Deus quiser, estamos aqui para tentar propor a
1724 revisão disso. Obrigado.

1725
1726 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Senhora Miyuki, um minuto, por favor.

1727
1728 **Miyuki Goto** - Boa tarde a todos. Parabéns à equipe da ANS, à DIPRO, à doutora Lenise, pela
1729 apresentação, para falar de um tema tão difícil. Nós já participamos na discussão anterior,
1730 também, da revisão da COMSU 8 e 15, então, só para agradecer, porque as sociedades médicas
1731 se interessaram bastante no assunto, porque cada sociedade tem uma especificidade e a
1732 coparticipação pode tornar o acesso dificultado, como colocou o doutor Cid. Então, é
1733 importante, doutor, participarmos e agradeço muito essa abertura que a DIPRO, a ANS permitiu
1734 com as inscrições das sociedades médicas. Muito obrigada. Era isso.

1735

1736 **Adriana Brandão de Souza** - Muito obrigada. Bom, diretora Lenise, Daniele e Cátia, nós não
1737 temos mais ninguém de mão levantada, vocês vão fazer alguma consideração final?

1738
1739 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** - Obrigada, Adriana, Cátia, Daniele querem fazer algumas
1740 considerações?

1741
1742 **Cátia Mantini** - Não, porque é só fazer um agradecimento a esse público tão... que participou.
1743 Estamos aqui há algumas horas e as contribuições foram todas anotadas pela nossa equipe
1744 técnica, que também está aqui presente nessa sala. Então, gravamos, há uma gravação dessa
1745 reunião, para depois podermos fazer as degravações e podermos coletar os detalhes de cada
1746 uma dessas contribuições de vocês E, nesse momento, é uma escuta, não temos a intenção de
1747 trazer aqui um debate, debater ponto a ponto, mas esse nosso primeiro encontro está nessa
1748 perspectiva de abrimos os canais aqui de comunicação, como muitos de vocês comentaram.
1749 Então, é uma primeira... mas, enfim, eu não sei qual foi o recorte que nós, a equipe, a nossa
1750 equipe está presente nessa sala. Vamos anotar e degravar todas as contribuições que vocês
1751 trouxeram, para que voltemos para a nossa área técnica com essas contribuições e possamos
1752 dar uma devolutiva em outros encontros, que, porventura, aqui nós, com certeza, vamos ter
1753 mais alguns encontros, então, isso que eu gostaria de passar, transmitir esse agradecimento e
1754 esse compromisso que temos em devolver, dar algum tipo de devolutiva para vocês dessas
1755 contribuições. Obrigada.

1756
1757 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** – Obrigada, Cátia. Dani?

1758
1759 **Daniele Rodrigues Campos** - Da minha parte, eu queria dizer que eu acho que foi uma tarde
1760 muito boa, assim, em termos de realização dessa Câmara Técnica, que mostra uma retomada
1761 do assunto, quase depois de um ano, que já tínhamos levado isso como uma resposta na
1762 diretoria colegiada e que a realização desta Câmara Técnica tem justamente o objetivo de
1763 aprofundar esse debate com os diversos atores do setor. Então, tudo que foi colocado aqui é
1764 fundamental para o aprimoramento da proposta e é isso, acho que saímos daqui felizes, assim,
1765 com o resultado dessa tarde.

1766
1767 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** - Verdade. Dominique?

1768
1769 **Dominique** - Só agradecer a presença de todos para não me estender muito e também
1770 parabenizar a equipe da GFAP pelo trabalho que vem conduzindo. Eu tenho certeza que o
1771 resultado de todo esse diálogo vai atender o interesse público e as melhores práticas
1772 regulatórias. Obrigada.

1773
1774 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** - Bom, aqui para nós, estamos fechando. Respondendo à
1775 pergunta do doutor Hilton, vamos fazer novas reuniões. Não sei, doutor Hilton, se vamos
1776 conseguir fazer presencial, porque a dinâmica online fica mais fácil para as pessoas
1777 participarem. A agência, nesse momento, não tem como financiar o deslocamento das pessoas,
1778 mas se o grupo presente tiver condições de se deslocar para uma reunião presencial, podemos
1779 viabilizar, sim, que sempre o contato presencial é melhor, só deixo de pronto, avisando que a
1780 agência não teria, nesse momento, como financiar o deslocamento, mas que estamos
1781 totalmente abertos, se o grupo aqui desejar. Bem democrático. Eu acredito que vamos ter mais
1782 algumas reuniões de encontro. Importante sinalizar de que essa é uma primeira uma primeira

1783 retomada do tema nessa discussão, depois desse primeiro trabalho que foi feito, o GFAP, com
1784 Consultas públicas e tudo mais. É muito importante que vocês, efetivamente, participem,
1785 tragam seus pontos de vista. Vocês colocaram aqui sobre a necessidade de trazermos dados,
1786 simulações, quem puder auxiliar e já tiver isso, seria muito proveitoso que trouxesse esses
1787 dados e informações que vocês bem colocaram. As definições, talvez sigamos uma agenda
1788 temática para as próximas reuniões, definindo algumas pautas que vão ser abordadas. Essa foi
1789 a primeira tomada, então vamos estar organizando. Vai ser ampliado o tempo de fala, porque
1790 realmente um minuto é muito pouco, entendemos, mas temos que ter o cuidado, porque
1791 o nosso limite de tempo também, da tarde, fica bastante apertado. Sabemos que todo mundo
1792 gostaria de falar, então um minuto eu já garanto que a gente vai ampliar. Não sei se para duas,
1793 para três, mas é possível. E peço que quem quiser fazer a apresentação, faça sua inscrição
1794 prévia, para que faça uma apresentação. E aí, a apresentação é uma fala, não necessariamente
1795 tem que ter uma apresentação em PowerPoint, mas sinalize para que façamos. Dentro de tudo
1796 que colocamos, anotamos muito e uma coisa é certa, temos que fazer um esforço coletivo aqui,
1797 e aí é o bacana de fazermos um trabalho com cocriação, é um esforço coletivo para fazermos
1798 uma norma a mais acertada possível. A regulação é viva e ela depende da contribuição de cada
1799 um e desses diversos olhares que vocês trazem. Talvez aqui não consigamos englobar tudo,
1800 porque eu gostei muito de algumas falas iniciais, precisamos simplificar, porque muitas vezes
1801 se começamos a detalhar demais, complicamos e dificultamos a vida principalmente do
1802 beneficiário, que se perde no manancial de informações. A informação é necessária, mas a
1803 norma tem que ser a mais clara e objetiva possível, e precisamos da contribuição de vocês para
1804 isso. Então, vamos fazer um dever de casa, de fazer um relatório dessa reunião, vamos procurar
1805 buscar alguns encaminhamentos, e previamente vamos estar encaminhando para todo esse
1806 grupo aqui, e se vocês também tiverem sugestões de encaminhamento, podem passar, vocês
1807 têm os nossos contatos, podem encaminhar, que é verdadeiro quando falamos de participação
1808 social, é de realmente escutar e dentro da medida do possível, tentar conciliar todas essas
1809 visões e essa realidade. É a busca de trazer uma regulação mais dentro da realidade possível
1810 de todos esses atores envolvidos. Então, eu novamente aqui agradeço imensamente a toda a
1811 equipe da DIPRO por esse trabalho, agradeço imensamente a todos vocês que passaram essa
1812 tarde conosco, se dedicando, prestando atenção, contribuindo, trazendo insights importantes,
1813 e vamos partir para uma segunda reunião que vamos estar fazendo, e qualquer contribuição
1814 que vocês querem dar, ficam sempre muita vontade, porque realmente é uma construção
1815 coletiva. Se alguém quiser falar mais alguma questão, fique aberta, senão encerramos a
1816 reunião. Aí eu vou passar para a Adriana, que ela é que manda aqui, não sou eu não,

1817
1818 **Adriana Brandão de Souza** - Alguém mais?

1819
1820 **Elerton Aboim** - Eu não consegui habilitar o chat, eu não assinei a lista de presença, eu não
1821 consigo, está dando, não sei se é problema meu, desculpe, mas só estou informando.

1822
1823 **Lenise Barcellos de Mello Secchin** - Sem problema, doutora Ellerton, a Adriana vai entrar em
1824 contato direto com o senhor para te ajudar nisso. Então, vou encerrar. Obrigada, Adriana.

1825
1826 **Adriana Brandão de Souza** - Agradeço a todos pela participação e reforço a necessidade do
1827 preenchimento da lista de presença. Doutor Elerton, falamos depois. Muito obrigada e até a
1828 próxima.

1829