



**GOVERNO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE**



Ata da 70ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Data: 22/03/2012
Local: Hotel Brasília Imperial
Setor Hoteleiro Sul, Quadra 3, Bloco H
Brasília – DF

1 **ABERTURA** – No dia vinte e dois de março do ano de dois mil e doze, no Hotel
2 Brasília Imperial, Setor Hoteleiro Sul, Quadra 3, Bloco “H”, Brasília-DF, às 10h teve
3 início a Septuagésima Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão
4 integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter
5 permanente e consultivo, nos termos do parágrafo único, do artigo 5º e artigo 13, da
6 Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida
7 Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo **Sr. Mauricio Ceschin**,
8 Diretor-Presidente da ANS, estando presentes os membros titulares e suplentes,
9 conforme lista de presença anexa. O **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) deu início aos
10 trabalhos justificando a ausência da Força Sindical, União Geral dos Trabalhadores,
11 CONASEMS, Núcleo de Defesa do Consumidor e Confederação Nacional do
12 Comércio de Bens, Serviços e Turismo, por compromissos anteriormente
13 agendados. Informou que as alterações e sugestões à ata da 69ª Reunião da
14 CAMSS, apresentadas pelo **Sr. Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativa de
15 Serviços Odontológicos) e pelo **Sr. Randal Luís Zanetti** (SINOG), foram acatadas, e
16 com as tais a ata foi aprovada. Foram alterados os seguintes membros da CAMSS,
17 de acordo com a Portaria 4.825, de 12 de março de 2012: **Sr.ª Roberta de Moura**
18 **Ludwig**, suplente (Ministério da Fazenda); **Sr. Eduardo de Oliveira**, titular e **Sr.**
19 **Roberto de Oliveira Vellasco**, suplente (Federação Brasileira de Hospitais); **Sr.ª**
20 **Luciana de Souza da Silveira**, titular (Confederação Nacional das Cooperativas
21 Médicas); **Sr.ª Joana Indjaian Cruz**, titular (Fórum Nacional de Entidades Cíveis de
22 Defesa do Consumidor). Foi apresentado à CAMSS, o novo membro da Diretoria
23 Colegiada, **Sr. André Longo**, atual Diretor de Gestão da ANS. O mesmo fez uso da
24 palavra, e na oportunidade apresentou-se aos presentes e relatou os trabalhos a
25 serem executados pela Diretoria de Gestão, pela qual é responsável. Em seguida, o
26 **Sr. André Longo** (ANS) passou a relatar o primeiro ponto de pauta, que teve a
27 seguinte dinâmica: **1 – INFORMES: 1.1. Principais Resoluções Normativas**
28 **publicadas; 1.2. Súmulas Normativas publicadas; 1.3. Câmaras e Grupos**
29 **Técnicos; 1.4. Câmara Técnica de Ajustes ao Patrimônio para fins de PMA e**
30 **Margem de Solvência.** Passando ao ponto **1.1. Principais Resoluções**
31 **Normativas publicadas**, o **Sr. André Longo** (ANS) informou que a RN 281,
32 publicada em 19/12/2011, alterou os Anexos I e II e revogou parcialmente o Anexo
33 III da RN 262, de 1º de março de 2011, que trata da atualização do Rol de
34 Procedimentos e eventos em saúde. Sobre a RN 282, publicada em 20 de dezembro
35 de 2011, informou que esta alterou o Programa de Qualificação das Operadoras,
36 modificando o peso das quatro dimensões do IDSS e incluindo um novo indicador da
37 Dimensão de Satisfação de Beneficiários. Essas alterações ocorreram após
38 desenvolvimento de estudos e Consulta Pública. Em relação à RN 285, publicada
39 em 23 de dezembro de 2011, informou que essa estabeleceu, para todas as
40 operadoras de planos de saúde, independente do número de beneficiários e do seu
41 porte, a obrigatoriedade de divulgar em seus portais corporativos informações de
42 seus planos de saúde e suas respectivas redes credenciadas. A RN 286, publicada
43 em 10 de fevereiro de 2012, que alterou a RN 42/2003, estabelece requisitos para a
44 celebração de instrumentos jurídicos firmados entre operadoras de planos de



assistência à saúde e prestadoras de serviços hospitalares, e acrescenta as seguintes previsões contratuais: no caso de inexistir vaga em acomodação contratada pelo consumidor, o ônus adicional da internação do mesmo em acomodação superior, conforme determina o art. 33 da Lei 9.656, será da Operadora. O prazo é de 12 meses para as operadoras adequarem os instrumentos jurídicos que não estiverem em conformidade com as novas regras. Quanto à RN 287, publicada em 17 de fevereiro de 2012, que altera a RN 279, de 24 de novembro de 2011, informou que essa define regras para a manutenção de planos de saúde para demitidos e aposentados. A RN 287 passará a vigorar a partir de 1º de junho de 2012. A ANS avaliou que o prazo inicial de 90 dias não foi suficiente para a adaptação de rotinas, processos e sistemas necessários à implementação da Norma, dada a sua complexidade. A RN 289, de fevereiro de 2012, garante ao dependente inscrito no plano de saúde individual familiar ou coletivo, que tiver o seu vínculo como beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, o direito de exercer a portabilidade especial de carência no prazo de 60 dias, a contar do término do vínculo de dependência. Informou ainda que a RN 290, de 27 de fevereiro de 2012, dispõe sobre a apresentação do plano de contas padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde. A Norma reduz em cerca de 40% o número de contas exigidas das operadoras em seus demonstrativos contábeis, visando simplificar as informações prestadas à ANS, além de consolidar as normas contábeis, melhorando a orientação dada ao setor. Sendo devolvida a palavra ao **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS), este justificou as ausências dos Diretores da ANS, **Sr. Leandro Reis Tavares** e **Sr. Bruno Sobral**, por motivo de viagens. Passando ao seguinte item, **1.2. Súmulas Normativas publicadas**, o **Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales** (ANS) informou que a Súmula Normativa nº 22, de 23/01/2012, assegura, em caráter excepcional, aos beneficiários que possuem implantes mamários de silicone das marcas Pip e Rofil, acompanhamento clínico, exames complementares e procedimentos médicos de substituição das próteses. Essa orientação é voltada para todos os beneficiários de planos de saúde, com exceção dos planos antigos, que tenham cláusula expressa de exclusão de cobertura de próteses. A Súmula Normativa nº 23, de 27/02/2012, esclarece as regras previstas nos artigos 17 e 18 da Lei 9.656, de 1998, que tratam da manutenção da rede prestadora de serviços e vedação de unimilitância. As regras se aplicam a situações jurídicas constituídas antes da vigência da legislação. A Súmula adota o seguinte entendimento vinculativo: os artigos 17 e 18 da Lei 9.656, por conterem normas de organização e funcionamento da prestação dos serviços assistenciais à saúde e exigir de seus destinatários a observância de determinadas regras de comportamento para a adequada preservação dos contratos, aplicam-se às situações jurídicas definitivamente constituídas antes de sua vigência sem afrontar a garantia prevista no art. 5º e 36, inciso XXXVI, da Constituição Federal. Em seguida, o **Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales** (ANS) passou a apresentar o item **1.3. Câmaras e Grupos Técnicos**, informando que a Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste, estabelecida em maio de 2010, foi criada com o objetivo de discutir a atual sistemática de reajustes dos planos individuais pós-regulamentados,



com vistas à construção de um possível novo modelo para o setor. Em outubro de 2010, a Câmara foi suspensa para a criação de um Grupo Técnico, encarregado de realizar estudos de nova metodologia. Após vários estudos, o GT chegou à conclusão de que é necessária a aplicação da série histórica dos dados das operadoras, encaminhados à ANS, para que seja possível reavaliar a evolução dos custos do setor. Com isso, a CT foi encerrada, mas a ANS continuará realizando estudos para o desenvolvimento de uma nova metodologia. Portanto, as mensalidades dos planos de saúde individuais e familiares serão reajustadas a partir de maio de 2012, utilizando o mesmo modelo de cálculo dos anos anteriores, média do reajuste coletivo. Sobre o Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica, informou que esse é um dos eixos temáticos da Agenda Regulatória 2011/2012 da ANS que discute a oferta de medicamentos para pacientes em tratamento ambulatorial, principalmente para os portadores de doenças crônicas, como o diabetes e hipertensão, que fazem uso contínuo de medicação. O GT de Assistência Farmacêutica é composto por servidores da ANS e representantes de operadoras, associação da indústria e empresas especializadas. Os trabalhos do GT continuam em andamento, e a próxima reunião será realizada no dia 27 de março de 2012, no Rio de Janeiro. Em seguida, passou-se ao item **1.4 Câmara Técnica de Ajustes ao Patrimônio para fins de PMA e Margem de Solvência**, quando o **Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales** (ANS) informou que a CT objetiva discutir com representantes do setor a alteração da Instrução Normativa nº 38, de 28/12/2009, que trata dos ajustes econômicos que devem ser feitos ao patrimônio das operadoras, para verificação do atendimento às exigências do Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA e Margem de Solvência. A proposta da DIOPE é a revisão de alguns ajustes, de forma a refletir maior solidez financeira para atendimento às regras de PMA e MS. A DIOPE já apresentou uma avaliação de impactos esperados, inclusive com os efeitos da RN 290 - Planos de Conta 2012. Os representantes da UNIMED, FENASAÚDE, CMB e IBA apresentaram estudos, discussões e propostas que serão analisadas pela DIOPE. Os efeitos das alterações devem ter início de vigência em junho de 2012. Em seguida foi tratado o segundo ponto de pauta, com a seguinte dinâmica: **2. Apresentações e Debates: 2.1. Nota Técnica de Registro de Produtos – Planos Coletivos Empresariais; 2.2. Avaliação dos 6 meses da publicação das RNs 264/11 e 265/11; 2.3. Cartão Nacional de Saúde; 2.4. Qualificação de prestadores.** Com a palavra à **Sr^a. Rosana Neves** (ANS), expôs o item **2.1. Nota Técnica de Registro de Produtos – Planos Coletivos Empresariais**, informando que desde a criação da Lei 9.961/2000, compete à ANS monitorar a evolução dos preços dos planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos. Em 2000, a ANS editou uma Resolução Normativa (RDC 28/2000), obrigando as operadoras de Planos de Saúde a encaminhar a justificativa de formação de preços, através de uma Nota Técnica de Registro de Produtos. Esse documento é exigível para planos individuais e/ou familiares e alguns planos coletivos. O envio dessas informações é necessário sempre que a tabela de vendas ultrapassa uma banda de variação de preços (- 30% ou + 30%) do preço



comercializado pela operadora. A Nota Técnica para os planos coletivos empresariais se dá pela necessidade de se avançar na regra de portabilidade para esses planos, e para fazer a compatibilidade dos mesmos, e isso será realizado por faixa etária. Ainda, a variação de preços, como exigência para comercialização dos planos, será exigida para contratos com menos de 30 vidas. A palestrante concluiu sua fala apresentando cronograma de atividades para tratar da NTRP para planos coletivos empresariais. Seguiram-se os debates, passando a palavra ao **Sr. Márcio Coriolano** (FENASAÚDE), que disse lhe causar estranheza e preocupação a iniciativa de regulação de preços de planos coletivos. Contudo, considerou louvável o assunto ir para Consulta Pública, momento em que a Fenasaúde exporá seus argumentos e contribuições. Adiantou que a FENASAÚDE é contra a regulação de planos coletivos, ainda que seja regulação de preços de entrada. Argumentou também ser contrário ao custo de transação e às diversas providências que a elaboração da Nota Técnica trará. Lembrou que grande parte do mercado demandante de planos de saúde tem custos e contribuições pecuniárias que ficarão muito além da banda de 30%, o que vai obrigar as operadoras a encaminharem sistematicamente Notas Técnicas e justificativas à ANS, fora o fato das questões de operações por pós-pagamento. Seguindo no debate, o **Sr. Carlos Norberto Varaldo** (Portadores de Patologias Especiais) questionou como seria no caso de uma operadora com filiais em vários Estados. Com a palavra, o **Sr. Egberto Miranda Silva Neto** (UNIDONTO), justificando a ausência do **Sr. José Alves de Souza Neto** (UNIDONTO), sugeriu que a ANS evite a impressão de documentos para a reunião, e utilize meio digital. Questionou se a odontologia estaria inclusa ou não nos procedimentos da Nota Técnica. Em seguida, o **Sr. Alexandre Carneiro Pereira** (MJ) destacou a importância da regulação, principalmente para cobrir planos coletivos, que segundo ele é um problema que os Órgãos de Defesa ao Consumidor enfrentam há muito tempo. Quanto aos custos de transação que serão enfrentados pela empresa, considerou que as mesmas têm condições de enfrentar esse tipo de problema. Com a palavra, o **Sr. Julcemar José Ragnini** (CMB), informou que a CMB entende ser importante o monitoramento, inclusive dos planos coletivos, e que vê com bons olhos a questão das bandas. Disse também que a grande preocupação é de uma operadora sair com valores muito baixos e depois ter que aplicar reajustes para compensação de valores. Considerou fundamental a liberdade das operadoras em discutir sua sinistralidade. Com a palavra, o **Sr. Arlindo de Almeida** (SINAMGE), disse que a experiência que se tem com regulação de custos ou preços de qualquer tipo de produto não é boa, e que esse tipo de monitoramento tende a quase extinguir os planos individuais e familiares. Apresentou protesto da Sinamge no sentido de que a regulação possa atingir os planos coletivos no mesmo modelo em que se atinge os planos individuais. Com a palavra, o **Sr. Benício Paiva Mesquita** (CFO), argumentou que o CFO entende ser essa questão do monitoramento de suma importância para que a ANS acompanhe a realidade do mercado e a tenha catalogado. Com a palavra, a **Sr^a. Andréa da Silva Souza Sanchez** (Associação Nacional dos Procons) informou que o segmento de plano coletivo empresarial tem muita demanda por parte do consumidor, nos Procons. Os



177 Órgãos e Entidades de Defesa do Consumidor vêm reiteradamente cobrando uma
178 posição mais ativa da ANS no monitoramento de planos coletivos empresariais.
179 Portanto, parabenizou a ANS pela iniciativa. Seguindo, com as manifestações, o **Sr.**
180 **Eduardo de Oliveira** (FBH), disse que a ANS está no caminho correto, no sentido
181 da melhoria da qualidade no atendimento na Saúde Suplementar. Lembrou que
182 foram diversos programas e ações no sentido da melhoria da qualidade assistencial.
183 Quanto à regulação de preços, diz ter a impressão de que as experiências não
184 foram boas. E considerou que por conta do monitoramento haverá aumento nos
185 custos para os prestadores de serviços, sem haver benefícios, portanto, pôs-se
186 contrário à iniciativa da ANS. Com a palavra, a **Sr^a. Joana Indjaian Cruz** (IDEC),
187 enfatizou que plano de saúde é um assunto muito demandado pelos consumidores,
188 e que há 11 anos é o assunto que encabeça todos os atendimentos realizados no
189 IDEC, e os planos coletivos de saúde fazem parte sim, de reclamações e demandas.
190 O IDEC entende ser de suma importância a regulação de preços e reajustes para
191 planos coletivos. Seguindo, com a palavra, a **Sr^a. Luciana Souza da Silveira**
192 (UNIMED do Brasil), disse que o acompanhamento e a publicação para o
193 consumidor são de extrema relevância. Propôs, entretanto, prudência por parte da
194 ANS em virtude de uma possível redução na liberdade de negociação de planos
195 coletivos e um aumento dos custos de transação. Disse acreditar na capacidade
196 técnica da ANS para tratar o assunto e que, se necessário for, utilizará o instrumento
197 de consulta pública para sugerir alterações no normativo. Sobre o Sistema Unimed,
198 esclareceu que esta é uma marca única, mas com CNPJs diferentes, portanto, serão
199 emitidas Notas Técnicas para cada um dos CNPJs. Com a palavra, o **Sr. Aloísio**
200 **Tibiriçá Miranda** (CFM), destacou a necessidade de regulação do mercado de
201 saúde e salientou que a falta de regulação tem sido usada para justificar honorários
202 baixos para médicos. Ainda, que esse é um mercado que tem que ter credibilidade
203 para crescer e desonerar o SUS – Sistema Único de Saúde. A palavra retornou à
204 **Sr^a. Rosana Neves** (ANS), que fez esclarecimentos quanto aos posicionamentos.
205 Disse que os preços dos planos individuais já são regulados pela ANS e a Agência
206 monitora também os preços dos planos coletivos. Disse também que os custos
207 dessa operacionalização não serão onerados, visto que as empresas já fazem a
208 elaboração dos preços dos produtos. A única mudança que a ANS está propondo é
209 a informação desse preço à Agência. A Agência controla e determina o reajuste dos
210 planos individuais, e apenas monitora o reajuste dos planos coletivos. A banda de
211 variação de preços não vai vigorar para os planos coletivos, mas apenas a
212 padronização da forma de coleta da informação. A Agência não engessará a forma
213 de comercialização dos produtos. É esperado que, com o monitoramento, a
214 regulação possa evoluir. A ANS não coleta informações de preços da Odontologia,
215 pois são preços diferenciados. E para inserir a Odonto nessa obrigação, seria
216 necessária uma reformulação do Sistema. A palavra foi passada ao **Sr. Mauricio**
217 **Ceschin** (ANS), que complementou a fala anterior, esclarecendo que o plano
218 coletivo é regulado pela ANS, mas não reajustado, como é feito no plano individual,
219 e não há pretensão de fazê-lo. Informou que ao solicitar a Nota Técnica não foi
220 intenção da Agência criar novos custos administrativos. Esclareceu que sem a



5

NTRP, a ANS não tem nenhuma possibilidade de estudar possíveis compatibilizações de produtos para que sejam analisados critérios de portabilidade. Informou que das reclamações que a ANS recebeu no ano passado, 26% foram de planos coletivos. Disse também que o reajuste não tem viés político, e não houve intervenção do Ministério da Saúde ou do Ministério da Fazenda, no sentido de modificar nenhum indicador para os reajustes dos planos individuais, nos últimos dois anos. Esclareceu também que o assunto estava sendo exposto com bastante antecedência para o conhecimento do setor regulado e que a intenção era solicitar a Nota Técnica a partir de janeiro de 2013. Observou também que todos terão oportunidade de se manifestar a respeito do assunto em pauta, em outros momentos. O item seguinte a ser tratado foi o **2.3. Cartão Nacional de Saúde**, com exposição feita pela **Sr^a. Márcia Marinho** (ANS), informando que o CNS é pauta do SUS e da Saúde Suplementar, como processo de integração das informações relacionadas à identificação dos indivíduos nos sistemas de informação desses órgãos. A intenção é que o CNS seja um documento numerado para cadastro de usuários dos serviços de saúde, permitindo a identificação dos usuários, procedimentos, profissionais, serviços e resultados, ou seja, o evento em saúde que for praticado. O objetivo é a composição de um registro eletrônico em saúde, com identificação dos indivíduos, independente de sua cobertura. O propósito é ter o seguimento clínico dos pacientes, a partir de prontuários eletrônicos, que sejam interoperáveis entre instituições; ter continuidade qualificada da assistência prestada aos pacientes no País; viabilizar estudos epidemiológicos mais fidedignos, avaliar pessoas e não só os eventos de saúde; melhorar a gestão da saúde no país, na medida em que se possa medir, estimar, avaliar, tanto o gasto com os pacientes quanto investimentos feitos por pacientes; e dar maior agilidade na identificação de pessoas, inclusive para o ressarcimento ao SUS. Informou que todos os Municípios brasileiros e o Distrito Federal já fizeram cadastros e emitiram pelo menos um CNS. Informou também que de acordo com a RN nº 250, de 25 de março de 2011, as operadoras deverão enviar à ANS a informação do número do Cartão Nacional de Saúde de todos os seus beneficiários, titulares ou dependentes, maiores ou menores de dezoito anos, de planos individuais ou familiares, coletivos empresariais ou coletivos por adesão, até a data de 05 de junho de 2012; e que partir de 06 de junho de 2012, será obrigatório o envio dessa informação ao SIB/ANS. A palestrante informou que em maio deste ano será enviada às operadoras de saúde uma base de dados com 40 milhões de registros com números de cartões, cada um com seu conjunto de beneficiários. Os demais beneficiários é que terão que ser efetivamente cadastrados. Na oportunidade também serão encaminhadas ferramentas que possibilitem cadastrar esses beneficiários no Sistema Nacional de Saúde. A palavra foi franqueada aos membros, para se manifestarem a respeito do tema em pauta, começando com o **Sr. Carlos Norberto Valardo** (Portadores de Patologias Especiais), questionando o que aconteceria a um funcionário usuário de um plano coletivo no caso de demissão dele da empresa. Na sequência, falou o **Sr. Egberto Miranda Silva Neto** (UNIDONTO), salientando que haveria custos. Outra dificuldade para as operadoras, e que requereria reconsideração da obrigação, segundo ele,



6

seria a Declaração de Nascido Vivo, pois há extrema dificuldade em recuperar a informação quando os cartórios não incluem o número da declaração na Certidão de Nascimento, e, conforme alertou, a omissão tem ocorrido com frequência. Com a palavra, a **Sr^a. Denise Rodrigues Eloi de Brito** (UNIDAS), que parabenizou a ANS pela iniciativa do CNS, e registrou sua preocupação com relação à operacionalização e aos custos dessa iniciativa. Questionou sobre a questão legal da autogestão. Lembrou que a ANS cobra da operadora esse cadastro em determinado tempo, e impõe penalidades se essa obrigação não for cumprida. Informou que já foi solicitado ajuste mais adequado de prazo para o envio das informações, e que a UNIDAS está aguardando resposta. Falou que em reunião com o **Sr. Bruno Sobral**, este informou que a ANS, nesse início de aplicação da Norma, terá flexibilidade no ajuste da regularidade dos cadastros. Com a palavra, o **Sr. Roberto Paulo do Vale Tine** (CONADE), destacou que o CNS vem preencher uma lacuna existente no País, sobre as estatísticas de pessoas com deficiência, posto que o IBGE não sabe dizer com precisão quantas pessoas com deficiência existem hoje, nem quem são essas pessoas e quais suas deficiências. Com a palavra, o **Sr. Julcemar José Ragnini** (CMB), questionou como será o procedimento para as pessoas que não querem se inserir no SUS, portanto, não querem fazer o CNS. Com a palavra, a **Sr^a. Andréa da Silva Souza Sanchez** (Associação Nacional dos Procons) informou que várias operadoras enviaram ofícios às pessoas jurídicas contratantes informando erroneamente que os atendimentos poderiam ser suspensos, caso elas não enviassem as informações dos seus beneficiários até o dia 30 de março. Por isso sugeriu que as informações a respeito do cadastramento no CNS sejam potencializadas e cheguem efetivamente a quem as está colhendo, para não deixar os beneficiários alarmados. A palavra retornou à **Sr^a. Márcia Marinho** (ANS) que se manifestou a respeito das falas da plenária, colocando que: i) Está sendo estudada, com o Ministério da Saúde, essa possibilidade de que as pessoas não queiram se cadastrar no CNS; ii) Em relação às pessoas que serão demitidas ou que passarão para outro contrato, também estão sendo estudadas formas de exceção, em conjunto com o Ministério da Saúde; iii) Quanto à disponibilização e custos das informações, o Ministério da Saúde disponibilizará para o cidadão, a partir do registro vários dados para pesquisa; iv) Está sendo revista em uma proposta de alteração da Instrução Normativa a questão da Declaração de Nascido Vivo. v) As informações do CNS estão sendo divulgadas no site da ANS e através da mídia, e também enviadas às operadoras. Com a palavra, o **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) observou que a existência de três identificações do cidadão (Carteira de Identidade, Cadastro de Pessoa Física, e uma de cunho social) não é privilégio único do Brasil. Outros países adotam essa postura, até para segurança e privacidade do cidadão. E que se o Brasil quiser construir um sistema de informações individualizado, é preciso identificação unívoca. Informou que dos 63 milhões de planos odontológicos e médico-hospitalares, a ANS e o MS informarão às operadoras o número de 40 milhões de usuários. Portanto, a dificuldade estará em identificar o restante. A intenção é que todos os cidadãos tenha um número de Cartão de Saúde, desde seu nascimento até o fim da sua vida, estando ou não no



7

SUS. A ANS vai perseguir essa meta, e estará aberta a discussões e particularidades. Em seguida, passou-se a tratar o item **2.4. Qualificação de Prestadores**, sendo expoente o **Sr. Antônio Endrigo** (ANS), que apresentou o Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, RN nº 267 de 24 de agosto de 2011, e o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS – RN nº 275 de 1º de novembro de 2011. A RN nº 267, com base legal no art. 3º da Lei 9.961, de criação da ANS, fala da finalidade institucional da Agência, que é promover o interesse público, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com os prestadores e consumidores. Seus principais objetivos: i) Contribuir para o aumento do poder de avaliação e escolha dos usuários de planos de saúde e prestadores mais qualificados; ii) Estimular a adesão, por parte dos prestadores de serviço, a programas que os qualifiquem. Objetivos secundários: i) Fomentar competição positiva entre os prestadores de serviço; ii) Induzir a melhoria da qualidade assistencial, por meio da divulgação de resultados; iii) Estimular a construção de redes assistenciais mais qualificadas por parte das operadoras de planos privados de saúde. Informou que os atributos de qualificação serão divulgados pela ANS, e terão inclusão obrigatória nos meios de divulgação das redes referenciadas. As regras de aperfeiçoamento e cumprimento da RN nº 267 serão editadas pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES. Informou que todos os prestadores de serviços são elegíveis a participar do QUALISS. O palestrante informou que o Comitê Gestor dos Programas de Qualificação – COGEP está agilizando o processo de construção do QUALISS e contribuindo para a transparência do processo de avaliação e divulgação pública dos resultados de desempenho dos prestadores de serviços. O QUALISS divulgará à sociedade os dados assistenciais; refletirá a avaliação sistemática dos resultados dos indicadores individualizados por prestador e coletivamente, para obtenção de medidas de tendência central e de outros parâmetros estatísticos; e promoverá a divulgação pública dos resultados. Também apresentou os trabalhos realizados pelo COGEP, como a formalização da participação das entidades envolvidas no processo de desenvolvimento dos programas. Concluiu sua fala, descrevendo as atividades dos Grupos de Trabalho. A palavra foi franqueada aos membros para manifestação a respeito da apresentação feita, sendo o primeiro a se manifestar, o **Sr. Egberto Miranda Silva Neto** (UNIODONTO), questionando quanto à especificação do tipo de rede própria mencionada na RN nº 267. Ao que o **Sr. Antônio Endrigo** esclareceu que a rede própria não participará, no caso de consultório, dos indicadores do QUALISS. Com a palavra, o **Sr. Carlos Norberto Varaldo** (Portadores de Patologias Especiais), questionando sobre o que acontecerá a uma empresa credenciada, no caso de ela substituir um prestador por outro, se deverá ser no mesmo patamar de avaliação. O **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) informou que nesse caso, o prestador terá que ser substituído por outro de equivalente qualidade. O item a ser tratado na sequência, foi o **2.2 Avaliação dos 6 meses da publicação das RNs 264/11 e 265/11**, sendo apresentado pelo **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS), que informou sobre a avaliação dos seis meses da publicação das RNs 264 e 265, que incentivam as



operadoras a promoverem a divulgação e construção de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde, trazendo a novidade da possibilidade de ofertas de descontos ou de bonificação para os beneficiários que aderiram aos programas. Informou que quando foram publicadas as RNs, eram cerca de 100 programas cadastrados na Agência, e em torno de 190 mil beneficiários participantes de programas de prevenção e promoção de saúde. Após seis meses da divulgação, são 932 mil beneficiários em programas de prevenção e promoção de saúde, e 542 programas cadastrados na Agência. Desses 932 mil, cerca de 100 mil são programas que oferecem descontos ou bonificações aos usuários. Agência. Também serão divulgados mecanismos de indução de novos beneficiários, pois o interesse da ANS é que esses mecanismos sejam um dos itens levados em consideração na hora da compra e da opção do beneficiário por um plano de saúde. A Agência tem interesse em incentivar, induzir e promover a participação crescente de beneficiários em programas de prevenção e promoção de saúde. Para tanto, a Agência pede o apoio de todos os segmentos do setor no sentido de incentivar, induzir, comunicar e informar a existência desses programas. Dada a palavra aos membros, o **Sr. Carlos Norberto Valardo** (Portadores de Patologias Especiais) propôs que as operadoras ampliem seus programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças no âmbito da Saúde Suplementar e junto ao SUS para movimentos sociais de ONGs e associações de pacientes. Com a palavra, a **Sr^a. Denise Rodrigues Eloi de Brito** (UNIDAS) considerou que a Norma tem despertado os setores para a importância da matéria, mas observou a necessidade de contemplação na mesma de ajustes para ações programáticas e programas de saúde inseridos em outros movimentos do modelo assistencial, e pôs-se à disposição para tratar do assunto junto à ANS, para amadurecimento da matéria. Com a palavra, o **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS), que agradeceu sua disposição e pediu para que a mesma entrasse em contato com a **Sr^a Martha Oliveira** (ANS), para tratar melhor dos ajustes que possam contemplar o assunto. Em seguida, o **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) relatou que desde a promulgação da RN até março de 2012, os programas com prêmios oferecidos saíram de 4 para 87 por mês, e tem hoje 96 mil beneficiários inscritos. Informou também que os programas de promoção e prevenção inscritos na ANS passaram de 23, em 2009, para 543 em 2012, por conta da promulgação da RN. Com a palavra, a **Sr^a Martha Oliveira** (ANS), deu continuidade à apresentação, dando um *feedback* de como foi a implementação da Resolução, depois dos 6 meses. Segundo ela, essa avaliação estava prevista para ser realizada em 12 meses da promulgação da RN contudo, os resultados foram percebidos em seis meses, inclusive com mudança na qualidade dos programas. Disse que há um mês saiu a Resolução que altera o Plano de Contas, dando a possibilidade para a operadora colocar dinheiro ou não no Programa no Plano de Contas. Com a palavra, o **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS), informou que no dia 26/03/2012 serão divulgados os dados do Programa para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, no âmbito da Saúde Suplementar. Com a palavra, a **Sr^a. Denise Rodrigues Eloi de Brito** (UNIDAS) registrou que a UNIDAS apresentou sugestões à Resolução Normativa, e questionou se seria possível ter



uma identificação do seu segmento, para poder ter um trabalho mais direcionado com relação ao registro dos programas já existentes. Ao que a **Srª Martha Oliveira** (ANS) esclareceu ser possível uma conversa sobre o assunto. Disse também que a ANS continua estudando formas de inserir outros meios de incentivo, não só para autogestões, mas para todos os segmentos. Informou que podem ser aprimorados os estudos e divulgá-los da mesma maneira como são divulgadas a lista das operadoras. A intenção é divulgar o monitoramento dos programas e tentar aprimorar a qualidade dos mesmos. Com a palavra, a **Srª. Ana Lúcia Silva Marçal** (Portadores de Patologias Especiais) sugeriu que seja criado, dentro do Programa para Promoção de Saúde e Prevenção, algo específico para os portadores de reumatismo. Ofereceu-se para auxiliar nesse trabalho junto à ANS. A **Srª Martha Oliveira** (ANS) esclareceu que já existem experiências voltadas para esse tipo de doenças, colocando-se à disposição para tratar sobre o assunto. Não havendo mais assuntos a tratar, O **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos, e informando que a próxima reunião da CAMSS será realizada no dia 21 de junho de 2012.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Associação Médica Brasileira – AMB

Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor – MPCON

Associação Nacional dos Procons

Central Única dos Trabalhadores – CUT

427 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN

428

429

430 Conselho Federal de Medicina – CFM

431

432

433 Conselho Federal de Odontologia – CFO



434

435

436 Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS

437

438

439 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

440

441

442 Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED DO BRASIL



443

444

445 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
446 Filantrópicas – CMB



447

448

449 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC



450 Confederação Nacional da Indústria – CNI

451

452

453 Confederação Nacional de Saúde , Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS

454

455

456 Cooperativa de Serviços Odontológicos – UNIODONTO



457

458

459 Federação Brasileira de Hospitais – FBH



460

461

462 Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE



463

464

465 Força Sindical

466

467

468 Fórum Nacional de Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor



469

470

471 Ministério da Fazenda

472



473 Ministério da Justiça
474
475
476 Ministério da Previdência Social
477
478
479 Ministério da Saúde
480
481
482 Ministério do Trabalho e Emprego
483
484
485 Núcleo de Defesa do Consumidor – NUDECON
486
487
488 Portadores de Patologias Especiais
489
490
491 Portadores de Patologias Especiais
492
493
494 Portadores de Deficiência – CONADE
495

A large, stylized handwritten signature in black ink, featuring a prominent horizontal stroke and a large loop.A smaller, cursive handwritten signature in black ink, appearing to read "Darcos".

496 Portadores de Deficiência – CONADE

497

498

499 Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

500

501

502 Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG

503

504

505 União Geral dos Trabalhadores – UGT

506

507

508 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS

509

510

511