ATA DE REUNIÃO

1. DADOS DA REUNIÃO

105ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS

Data	Horário de Início	Horário de Término	Local
8/4/2021	14h30min	18h24min	vai Plataforma Microsoft Teams

2. PARTICIPANTES

2.1. Lista de Presença constante do presente Processo SEI nº 33910.019022/2020-91, documento nº 21687505.

3. PAUTA

Item	Assuntos
1	Abertura
2	Apresentações 2.1 Consulta Pública nº 82 - Proposta de Resolução Normativa que objetiva aperfeiçoar os critérios para as alterações na rede hospitalar. De 25/01/2021 a 10/03/2021. Andreia Ribeiro Abib, Gerência de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais (GEARA/DIPRO/ANS); 2.2 Alterações na Rede Hospitalar, Consulta Pública nº 82 (Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp); 2.3 Consulta Pública nº 83 - Proposta de Resolução Normativa sobre capital regulatório para definir critérios quanto aos riscos operacional e legal e de dedução do PLA referente à parcela de *Goodwill*. De 05/02/2021 a 21/03/2021. Thiago Barata Duarte - Assessor da Diope (DIOPE/ANS); 2.4 Consulta Pública nº 85 - Plano de Contas. Robson Barreto da Cruz - Gerente de Acompanhamento Regular das Operadoras (DIOPE/ANS); 2.5 Consulta Pública nº 84 - Proposta de Resolução Normativa que altera a RN nº 439, de 2018, que dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. De 05/03/2021 a 19/04/2021. Ana Cristina Marques Martins, Gerência Geral de Regulação Assistencial (GGRAS/DIPRO/ANS); 2.6 “A Pandemia e a Saúde Suplementar” (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde); 2.7 Reajustes dos Planos de Saúde (Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública - Senacon/MJSP).
3	Encerramento

4. RELATO DA REUNIÃO

No dia 8 de abril do ano de 2021, às 14h30, de forma virtual via plataforma *Microsoft Teams*, teve início a 105ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), órgão integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo

Único, do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º, da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Sr. **Rogério Scarabel Barbosa**, Diretor-Presidente Substituto e Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, estando presentes os membros titulares e suplentes, conforme lista de presença SEI ANS nº 21687505, constante do Processo nº 33910.019022/2020-91. Estavam também presentes na reunião os diretores da ANS: o Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Sr. **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**; o Diretor de Gestão Substituto, Sr. **Bruno Martins Rodrigues**; o Diretor de Fiscalização Substituto, Sr. **Maurício Nunes da Silva**; e o Diretor de Desenvolvimento Setorial Substituto, Sr. **César Brenha Rocha Serra**. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) deu início à reunião, cuja pauta teve a seguinte dinâmica: **1 - Abertura; 2 - Apresentações; e 3 – Encerramento**. Cumprimentou a todos que participavam daquela reunião e aos que a assistiam pelo *YouTube*. Dando as boas-vindas aos novos membros da CAMSS, bem como congratulando os antigos membros que permaneceram, procedeu a leitura da Portaria nº 101, de 7/4/2021, publicada no Diário Oficial da União - DOU de 8/4/2021, que formalizou a nomeação para o biênio 2021-2022 dos representantes titulares e suplentes dos órgão/entidades que compõem a Câmara de Saúde Suplementar. Fez dois adendos em relação à nomeação da CAMSS para o biênio: primeiro, que o nome do novo representante titular da Unimed do Brasil, Paulo Ricardo Brustolin, seria publicado posteriormente, tendo em vista que o pedido de alteração foi apresentado após o envio daquela portaria ao DOU; segundo, em relação a uma particularidade da representação do segmento de patologias especiais, para a qual a ANS realizou um sorteio, no dia 11/3/2021, entre as entidades constantes de uma lista apresentada pelo Conselho Nacional de Saúde e aquelas que solicitaram assento diretamente à ANS, cuja gravação encontrava-se disponível no site da Agência, junto como os demais materiais da CAMSS. Comunicou que a ata da reunião anterior, realizada em 3/12/2020, havia sido submetida, por e-mail, a todos os integrantes da CAMSS no dia 1º/4/2021, ficando disponível para considerações até 6/4/2021 e, como não houve solicitações de alteração, consignou que a Ata da 104ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar estava aprovada tacitamente por todos os membros da CAMSS que participaram da reunião e, conforme a nova dinâmica de reuniões via *online*, aquela ata seria assinada eletronicamente pelos diretores da ANS e, posteriormente, disponibilizada no *site* da Agência junto com a gravação da reunião. Registrou que a lista de eventos previstos, os normativos publicados desde a reunião da Câmara de nº 104 e o *link* para acompanhamento da Agenda Regulatória da ANS 2019/2021 também foram encaminhados aos membros da CAMSS, por e-mail, no dia 1º/4/2021. Informou que a próxima reunião ordinária da CAMSS - 106ª - seria realizada no dia 18/8/2021. Ao final dos avisos, esclareceu que o ponto de pauta daquela reunião solicitado pela FenaSaúde havia sido alterado para uma apresentação sobre "a pandemia e a saúde suplementar". Antes de dar início ao item nº 2 da pauta, disse que quebraria o protocolo para conceder a palavra ao Sr. Reinaldo Camargo Scheibe, conforme solicitado previamente à reunião. O Sr. **Reinaldo Camargo Scheibe** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - Sinamge), cumprimentando a todos, comunicou que havia encerrado sua trajetória à frente da Associação Brasileira de Planos Privados - Abramge, tendo a nova diretoria tomado posse no dia 1º/4/2021, assumindo o cargo de Presidente, o Sr. Renato Freire Casarotti, que já possuía vasta experiência no segmento de planos de saúde e na questão de relacionamento com entidades governamentais. Registrou que era um dos membros mais antigos entre os representantes da Câmara de Saúde Suplementar nesses 21 anos de ANS, tendo participado, inclusive, da aprovação da Medida Provisória que criou a Agência, em janeiro de 2000, à época do Sr. Januário Montone, primeiro empossado como diretor-presidente da ANS. Relembrou que assistiu o nascimento da ANS, conviveu com todos os seus diretores e grande parte do corpo técnico, construindo um excelente relacionamento de trabalho entre a ANS, a Abramge e demais entidades participantes da CAMSS. Assim, disse que a finalidade de sua fala era apenas dar o informe sobre sua mudança de rumo profissional e destacar os relacionamentos profícuos vivenciados e todo o aprendizado adquirido. Agradeceu, nominalmente, aos diretores atuais da ANS pelo apoio, com os quais a relação também foi muito construtiva e participativa pela Abramge em todos os temas e, da mesma forma, ao corpo técnico da Agência que muito evoluiu, produzindo para o mercado grandes pessoas, grandes colaboradores. Assim, se despediu também da Câmara de Saúde Suplementar com muito orgulho e a certeza de um trabalho bem feito junto à Abramge. Visto que, com certeza, continuaria envolvido na área da saúde, se colocou à disposição da Agência e demais entidades do setor. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) fez um agradecimento ao Sr. Reinaldo Scheibe por toda sua contribuição para a saúde suplementar desde a criação da ANS, ressaltando seu posicionamento sempre cortês, técnico, de forma republicana e

pacífica. Com palavras de admiração, também colocou a ANS à disposição, desejou sucesso em seus novos projetos e pediu que continuasse a ajudar a Agência a evoluir em seu trabalho de regular o setor. Facultou a palavra aos demais diretores da Agência e aos membros que quisessem deixar seus cumprimentos. Os demais diretores da ANS, Srs. **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, **Bruno Martins Rodrigues**, **Maurício Nunes da Silva** e **César Brenha Rocha Serra** também registraram suas palavras de elogio e agradecimento ao Sr. Reinaldo Scheibe por toda a parceria e importante contribuição para o setor de saúde suplementar à frente da Abramge durante todos aqueles anos, desejando muito sucesso nos novos desafios. Da mesma forma, solicitaram fala, para deixarem seus cumprimentos e congratulações ao Sr. Reinaldo Scheibe, os seguintes representantes da CAMSS: Sr. **Marco Aurélio Ferreira** (Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp); Sr. **Bruno Sobral de Carvalho** (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNSaúde); Sr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira** (Unimed do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas); a Sra. **Vera Rosana Nunes Valente** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde); o Sr. **Salomão Rodrigues Filho** (Conselho Federal de Medicina - CFM); o Sr. **Anderson Antônio Monteiro Mendes** (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas); e o Sr. **Renato Freire Casarotti**, recém empossado Presidente da Abramge e novo representante titular do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - Sinamge junto à Câmara de Saúde Suplementar. Além destes, outros membros da CAMSS saudaram o Sr. Reinaldo Scheibe por escrito no chat daquela reunião. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), dando prosseguimento à reunião, como outro ponto extra pauta, fez um aviso muito importante, informando que, junto com o diretor Paulo Rebello, esteve na Fundação Oswaldo Cruz naquela semana, reunindo-se com a Presidente e sua equipe, para alinhamento com a Fiocruz, com o ministério da saúde e com toda a sociedade, uma forma de contribuição da saúde suplementar a respeito de toda a questão que envolvia a pandemia e, mais especificamente, em relação à vacina contra a Covid-19. Relatou que, nesta reunião inicial, foram pontuados alguns itens como a aquisição de Ingrediente Farmacêutico Ativo - IFA e aquisição de vacina pronta. Acrescentou que, a partir da semana seguinte, a ANS daria início a conversas com o setor de saúde suplementar também para verificar como a Agência pode contribuir, de forma mais efetiva, em outros temas junto à sociedade. O Sr. **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho** (Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras) complementou que o intuito da reunião foi exatamente conversar com a Fiocruz para que a ANS pudesse estreitar ainda mais a relação e ser um facilitador desse elo com a Fiocruz, o Instituto Butantan e outras instituições, unindo forças com o objetivo de levantar recursos para tentar acelerar o processo de vacinação, uma pequena contribuição que a saúde suplementar poderia dar ao processo como um todo na tentativa de minimizar os impactos da pandemia, muito bem vista pela Fiocruz e ministério da saúde. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) passou para o item 2 da pauta - Apresentações, convidando a Sra. Andreia Ribeiro Abib, Gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais da ANS, para falar sobre o item 2.1 - Consulta Pública nº 82 - proposta de resolução normativa que objetiva aperfeiçoar os critérios para as alterações na rede hospitalar. A Sra. **Andreia Ribeiro Abib** (Gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais – GEARA/GGREP/DIPRO/ANS) reforçou que a Consulta Pública - CP nº 82, disponível de 25/1 a 10/3/2021, tratou sobre a proposta de resolução normativa para regulamentar os critérios de alteração da rede assistencial hospitalar, matéria integrante da Agenda Regulatória da ANS - tema 12: Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório. Observou que aquela era uma discussão antiga na saúde suplementar e o objetivo da proposta era, não apenas normatizar os critérios para substituição da entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução, mas também revisar esses critérios, melhorar a eficiência na comunicação aos beneficiários e conferir mais transparência e segurança ao procedimento de alteração de rede assistencial. Informou que a norma buscava regulamentar o Artigo 17, da Lei nº 9.656/1998, explicando que, até aquele momento, a Agência vinha trabalhando a partir das Instruções Normativas nº 46/2014 e 54/2018 e das Notas Técnicas nº 393/2010 e 315/2015, que estabelecem, respectivamente, a forma de encaminhamento das solicitações de alteração de rede à ANS e como a ANS analisa essas solicitações. Passou a destacar os principais marcos da proposta apresentada. Em relação ao redimensionamento por redução de prestadores hospitalares: definição de impacto na massa assistida para fins de redimensionamento por redução, vez que a Lei nº 9.656/98 permite alteração de rede cadastral desde que não cause impacto na massa assistida, cabendo ao órgão regulador trazer essas definições; disciplina a exclusão parcial de serviços hospitalares contratados; e disciplina a exclusão de serviços de urgência e emergência dentro de entidades hospitalares. No que tange à

substituição: definição de equivalência entre entidades hospitalares para fins de substituição, também definida por lei, a possibilidade de fazer alteração na rede, trazendo um critério de equivalência baseado em utilização, localidade e inclusão de critérios de qualidade; disciplina a contratação de outros prestadores, ou seja, a contratação de um prestador não hospitalar para complementar a equivalência; e disciplina a indicação da possibilidade de utilização de um prestador já pertencente à rede. Quanto à questão da comunicação, a norma disciplina as regras tanto em portal corporativo como de forma individualizada e, principalmente, compatibiliza – próximo a 99,9% - com as regras estabelecidas para a comunicação de substituição de prestadores não hospitalares. Por fim, a norma faculta o direito à portabilidade para aqueles beneficiários em razão de descredenciamento de hospital no município de residência, independentemente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço. Antes de entrar nos resultados, frisou que, desde o período em que a CP nº 82 foi aberta, foram disponibilizadas todas as notas técnicas, o sumário executivo, a exposição de motivos feita em 2017, quando a norma foi encaminhada pela primeira vez à apreciação da diretoria colegiada, enfim, foi fornecido todo o material constante do processo para que as pessoas pudessem, efetivamente, participar e contribuir da forma mais rica possível. Esclarecendo que aquele era um primeiro panorama, ainda sem a retirada de contribuições duplicadas, detalhou um pouco o resultado da CP nº 82, que chegou a um total de 920 contribuições. Sobre a quantidade de contribuições por contribuinte, cuja diversidade foi muito interessante: maior volume por parte das operadoras; seguida das entidades representativas das operadoras; depois, por entidades representativas de prestadores; e, ainda, contribuições de escritórios de consultoria, órgãos de defesa do consumidor, prestadores, pacientes, dentre outros. Acerca da quantidade de contribuições por data: conforme experiência de outras consultas públicas, geralmente, o número de contribuições se torna maior nas duas últimas semanas, sendo que 80% das contribuições à CP nº 82 foram apresentadas no último dia. Quanto à quantidade de contribuições por tipo de solicitação: a maioria se referia à alteração de texto ou de ordenação de parágrafos para ficar mais claro e, depois, sugestões de inclusão e de exclusão. Quanto aos dispositivos da norma: o maior volume foi sobre o anexo, que traz as regras para comunicação individualizada, seguido do Artigo 21, que versa também sobre comunicação individualizada para beneficiários que tiveram descredenciamento de hospital no município de residência, além de um número significativo de contribuições sobre o artigo que disciplina as questões de urgência e emergência e sobre a substituição, em especial, no que diz respeito à possibilidade de utilização de prestadores da rede como substitutos. Reiterou que esses resultados ainda estavam em fase de análise e se colocou à disposição para esclarecimentos. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), seguindo para o item 2.2 de pauta, convidou a Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp para fazer sua apresentação, que tratava sobre aquele mesmo tema - Consulta Pública nº 82, informando que na sequência abria a palavra às manifestações sobre aquele assunto. O Sr. **Marco Aurélio Ferreira** (Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp), agradecendo aos diretores da ANS pela oportunidade, ressaltou a transparência e diálogo empreendidos pela Agência em todo processo sobre a Consulta Pública nº 82. Disse que, como havia alguns pontos divergentes, a Anahp gostaria de elucidar um pouco esses pontos sensíveis que, na sua ótica, careciam de algum direcionamento maior pela ANS e sobre os quais seria importante o debate naquele ambiente da Câmara de Saúde Suplementar. Registrou que todos esses pontos foram colocados na consulta pública e também em reunião com o diretor-presidente da Agência, inclusive, alguns já com resposta, porém, ainda existiam outros passíveis de apresentação e, assim, pediu que a Sra. Teresa de Souza Dias Gutierrez, representante suplente na CAMSS, que apresentasse o trabalho desenvolvido pela Anahp sobre a matéria. A Sra. **Teresa de Souza Dias Gutierrez** (Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp) também agradeceu a ANS pela oportunidade e lembrou que alguns tópicos já haviam sido apresentados pela Anahp em julho de 2020. Disse que sua apresentação abordaria dois capítulos principais: os critérios geográficos propostos na CP e a questão da qualidade. Explicou que foi feito um breve resumo dos critérios definidos na minuta de proposta da ANS: para substituição foi utilizado o critério da RN nº 259 – município, município limítrofe e região de saúde; para redimensionamento por redução, que significa a exclusão da entidade hospitalar, mantém-se apenas o critério da região de saúde; para portabilidade, ou seja, a possibilidade do beneficiário alterar o seu plano, o critério geográfico utilizado foi o município de residência; e para a questão da qualidade, limitada apenas à substituição, o critério foi o da região de saúde. Ressaltou que, desde o ano passado, já nas primeiras reuniões da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS - Dipro, foi identificada a perspectiva da Agência de que, para a normativa de alteração de rede hospitalar, o principal fundamento para utilização do critério de região de

saúde foi a previsão na RN nº 259, ocorre que, pela análise mais aprofundada feita pela Anahp, verifica-se que a RN nº 259, fruto da Consulta Pública nº 37, tem propósito distinto da regulamentação de alteração de rede hospitalar, pois visa garantir o atendimento aos beneficiários em tempo razoável e, preferencialmente, no município onde o beneficiário demandar, obviamente, dentro da área de abrangência do plano. Complementou que, inclusive, na Exposição de Motivos da CP nº 37 consta que o objetivo principal da norma é estimular as operadoras a promover o credenciamento de prestadores nos municípios da área de cobertura, posicionamento reiterado no Relatório Final da CP nº 37, quando diz que a operadora deve garantir a assistência aos beneficiários em toda a área contratada. Falou dos fundamentos legais para a definição de região de saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, extraídos do Decreto nº 7508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, que disciplina o SUS, e também a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, órgão de pactuação dos gestores do SUS, que em sua Resolução nº 01/2011, define os critérios para região de saúde com base em alguns preceitos, principalmente, no aspecto da questão da referência e contrarreferência, inerentes ao sistema único de saúde, que não se reflete na saúde suplementar. Reforçando que a discussão daquele tema era antiga, provavelmente, desde a edição da Lei nº 9.656/98, conforme já colocado na apresentação da Sra. Andreia Abib da ANS, informou que a Anahp se debruçou sobre alguns estudos realizados pela Agência. Destacou que os estudos, realizados pela Agência em 2015 e 2016, não foram mais atualizados, sendo que a Anahp fez um esforço para atualizá-los, no entanto, assim como outras entidades, como a Abramge, CNSaúde, FBH, CMB, a Anahp não tinha acesso à quantidade de dados suficiente para realizar essa atualização. Quanto ao estudo feito em 2015, verificou-se que a densidade populacional era diferente, os deslocamentos também diferentes em cada um dos municípios e a existência de vazios assistenciais na saúde suplementar, o que não era novidade. Logo, disse que a questão era estabelecer critérios territoriais para alteração de rede, que devem variar conforme a disponibilidade de rede do país, e serem diferenciados, especialmente nos municípios em que não há vazios existenciais, a exemplo do Rio de Janeiro e São Paulo, onde há grande densidade populacional e grande dificuldade de deslocamento. Sobre um outro estudo da ANS realizado em 2016, quando a Agência retomou a discussão sobre produtos de forma mais consistente, foi feita uma análise geográfica, classificando os municípios conforme a disponibilidade de rede hospitalar e traçou-se um gráfico. Argumentou que, embora esse estudo não tenha sido atualizado, no ponto de vista da Anahp, esses critérios definidos em 2016 conseguem fundamentar a tomada de decisão da ANS para que considere critérios geográficos conforme a demanda, os vazios assistenciais e as redes disponíveis. Acrescentou que nesse estudo foi verificado que mais de 2.400 municípios têm rede A ou A+ - sendo A quando há disponibilidade no município e A+ igual a disponibilidade no município de hospital e urgência e emergência acreditada – e, embora a ANS tenha considerado os dados do RPS, a avaliação não trouxe dados com comparativo do número de beneficiários, então, na ótica da Anahp, esses municípios A e A+ deveriam ser avaliados de uma forma específica com critérios diferenciados e o limite do município não poderia ser um único critério utilizado. Passando para a questão da qualidade, lembrou que a Lei nº 9.656/98 impõe a qualidade como um dos critérios de equivalência para alteração de rede hospitalar, não autorizando sua utilização apenas para substituição, o que denota uma vinculação da autarquia à determinação do legislador. Complementou que a proposta da ANS apresenta: uma garantia de manutenção de um prestador hospitalar qualificado na mesma região de saúde; o critério de qualidade utiliza atributos não equivalentes (ONA 1, ONA 2 e QUALISS); e não prevê a equivalência para todas as alterações de prestadores hospitalares. Expôs que a Anahp entende que a proposta não encontra-se em conformidade com a determinação da Lei nº 9.656/98 e que a falta de qualidade não permite uma equiparação entre ONA 1, ONA 2 e QUALISS, visto que há objetivos diferentes, critérios para qualificação diversos, que caracterizam também um ponto crítico da proposta da ANS na minuta da CP nº 82. Por fim, disse que aquela apresentação trouxe, de forma resumida, os pontos considerados mais relevantes, reiterando que a Anahp encaminhou à ANS, por escrito, todas as suas considerações mais detalhadamente. O Sr. **Marco Aurélio Ferreira** (Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp) enfatizando os três principais itens bem estabelecidos naquele trabalho, os critérios de qualidade não equivalentes para substituição, a desatualização dos dados e o critério geográfico, reiterou que, não obstante a transparência no processo em torno da CP nº 82, bem como as devolutivas que vinham recebendo desse diálogo com a Agência, a Anahp via a necessidade de maior debate e revisão em torno dos critérios apresentados a fim de que se encontre um termo melhor para a subscrição da proposta final de normativo. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) abriu a palavra aos inscritos para os comentários sobre aquele tema. O Sr. **Bruno Sobral de Carvalho** (Confederação Nacional

de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNSaúde) falou sobre a forma transparente como a norma estava sendo feita, característica da Dipro, muito importante e positiva para a sociedade. Em que pese a transparência empreendida, avaliou que a norma da maneira em que se apresentava caracterizava um grande problema ao consumidor por vários motivos, a maioria já citados pela Anahp e outros aspectos que ele também ressaltaria. Conforme era do conhecimento geral, lembrou que a competência técnica na medicina se dava através da casuística, principalmente nos processos muito sensíveis e difíceis, como a cardiologia, oncologia etc., fato responsável por tornar um hospital referência em alguma especialidade, tendo em vista que a experiência qualifica médicos e processos de trabalho daquele hospital. Disse que o consumidor, muitas vezes, adquiria um plano de saúde levando em conta uma rede especializada em determinada área, confiando que aquela rede possuía as melhores casuísticas e, portanto, teria cobertura de maneira competente naquela especialidade. Adicionou que, de acordo com a norma atual, a questão da especialidade na substituição estava preservada, ainda que de forma inadequada, merecendo uma revisão, ou seja, atualmente, se comparados dois hospitais para substituição pelo menos há uma hemodinâmica. No entanto, observou que pela nova proposta a operadora pode substituir um hospital especializado por outro geral que atenda aquela especialidade e, mais ainda, pode substituir por outro que sequer tenha especialista naquela área, tendo em vista que o critério passou a ser somente o tipo de internações. Nesse sentido, asseverou que não se consegue, a partir da comparação permitida ou comandada pela proposta, garantir ao beneficiário que ele vai continuar tendo aquele serviço naquele hospital, sendo permitindo a retirada, por exemplo, de um hospital com quatro ou cinco especialidades por outro sem nenhuma dessas especialidades, o que era muito grave. Frisou que, com relação a questão da qualificação, ocorria o mesmo, a norma permitia a retirada de todos os hospitais qualificados da rede, desde que permanecesse apenas um, o que não denotava um tratamento de qualificação da maneira adequada, considerando ainda os vários níveis de qualificação e, portanto, o tema requeria mais tempo para discussão e aprofundamento nesses dois aspectos. Conclui que aquela norma era muito polêmica, deixando a sugestão da CNSaúde de realização de, pelo menos, uma ou duas audiências públicas sobre a matéria. O Sr. **Denilson de Souza Freitas** (Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor - MPCon) registrou que sua contribuição à CP nº 82 foi encaminhada por volta de 23h30m do último dia do prazo para envio (10/3/2021) e, embora tenha recebido e-mail da ANS confirmando a recepção da contribuição, no corpo deste e-mail a data era de 11/3, dessa forma, fez essa observação temeroso de que sua contribuição pudesse ser desconsiderada e solicitou que fosse verificado pela área técnica se as contribuições encaminhadas no último dia haviam sido consideradas, não apenas da MPCon, mas todas as demais, até levando-se em conta o grande volume de 80% nos últimos momentos, conforme exposto pela Dipro. A respeito da consulta propriamente dita, muito bem explanada pela Anahp, em relação à substituição e utilização da área de saúde, sugeriu que fosse ponderada a utilização de um mercado relevante de concorrência, no termo técnico da palavra, de maneira a evitar deslocamentos grandes e desnecessários por parte dos consumidores. Lembrando que essa norma era pensada para o país como um todo, um país de imensas desigualdades, avaliou que deveriam ser consideradas as peculiaridades das diversas regiões do país. Pediu que nos descredenciamentos e substituições fossem considerados os tratamentos continuados para que esses serviços sejam mantidos até, pelo menos, o final do ciclo daquele tratamento e, igualmente, a escolha pela gestante da maternidade de realização do parto, sugerindo inclusive que fosse fixado um prazo de 300 dias, tal como feito na carência. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) assegurou que todas as contribuições encaminhadas até a meia noite do dia 10/3/2021 foram contempladas, inclusive, ali mesmo na reunião, a equipe técnica confirmou que a manifestação da MPCon estava na base de contribuições. O Sr. **Renato Freire Casarotti** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - Sinamge) elogiou a Agência pela transparência e profundidade do debate da matéria, extremamente discutida no último triênio, inclusive, incluída na Agenda Regulatória, recordando que já na sua primeira interação com a ANS, em abril de 2018, foi esse o tema abordado e, portanto, era testemunha do quanto a equipe técnica da Dipro procurou e vinha procurando conciliar as necessidades de uma visão de rede mais dinâmica, considerando os milhares de leitos ineficientes, que acabavam repercutindo em custos desnecessários e consequente retorno no preço das mensalidades, onerando o consumidor. Enfatizou que compartilhava com alguns pontos levantados pelos que lhe antecederam, a exemplo da preocupação do MPCon com a continuidade dos tratamentos e a questão da definição geográfica muito bem pontuada pela Anahp. Nesse prisma, ressaltou as dificuldades devido a geografia do país, considerando que o critério do município em

grandes regiões metropolitanas, como São Paulo, poderia ser muito injusto e acabava, às vezes, trazendo distorções muito difíceis de serem equalizadas. Conceituou que a possibilidade de portabilidade trazida pela norma era o ponto principal a ser considerado, um elemento essencial de garantir que, se a operadora fizesse alguma ação de substituição ou redimensionamento de rede, existiria uma janela de portabilidade, levando-se as carências que já foram cumpridas, o que valoriza e estimula a concorrência, processo fundamental para o mercado. Por mais que não houvesse concordância com todos os pontos indicados na norma, reforçou que entendia o esforço da Agência em torno daquele processo ainda em andamento e que vinha sendo muito bem conduzido. O Sr. **Anderson Antônio Monteiro Mendes** (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas), embora também elogiasse o processo, notou que ainda faltava muita informação para melhorar a questão da avaliação do município, da região e da oferta. Apontou ser necessário um levantamento de cada operadora, visto que muitas estavam inchadas com uma superoferta de rede e o redimensionamento fazia parte das estratégias, lembrando que a operadora era regida também por outros regulamentos que garantiam os atendimentos, como a própria RN nº 259. Disse entender o processo de alteração da rede hospitalar como uma evolução, parabenizando a Agência. Disse concordar com algumas preocupações que foram colocadas pelos outros membros da CAMSS. Em relação à colocação do Sr. Bruno Sobral da CNSaúde, achou muito interessante a provocação em relação à qualidade de especialização, contudo, argumentou que seria necessário evoluir muito no sentido de se obter mais informação, inclusive dos próprios prestadores, principalmente, sobre desfecho e qualidade assistencial, pois, faltava informação para se conhecer quais os hospitais que realmente entregavam os melhores serviços e as melhores qualidades. Completou que aí sim poderia até se conseguir uma qualificação melhor da rede e as autogestões seriam as primeiras a não optarem por trocar um hospital de excelência em uma especialidade por outro sem excelência naquela especialidade. Falando com a experiência de quem já foi negociador de operadora, observou que os hospitais se auto garantem como excelência e, embora não fosse o caso entrar no mérito da dúvida, asseverou que a avaliação sobre o centro de excelência em cada especialidade e em cada município era extremamente complicado. Ponderou que, se já era difícil acertar a norma do ponto de vista territorial, muito mais difícil era quanto à qualidade e, assim, apontou que aquela questão deveria ficar no radar com a finalidade de criar mecanismos necessários e importantes que permitissem chegar a esse nível de informação. O Sr. **Tiago Farina Matos** (Conselho Nacional de Saúde - CNS) disse ter gostado da ideia do Sr. Bruno Sobral da CNSaúde sobre a realização de audiência pública tendo em vista que, a partir do material robusto oriundo da consulta pública recém realizada, todos poderiam rever posicionamentos antigos e refletir a respeito para não gerar um ambiente árido à audiência pública. Considerando as dificuldades para nivelamento das regras de qualidade e para definição da base territorial, disse que a portabilidade era uma grande alternativa para o consumidor diante do descredenciamento de um hospital, até porque muitas vezes a escolha de um plano de saúde era definida justamente por conta daquele prestador. Ainda em relação à portabilidade, chamou a atenção que a proposta traz a possibilidade da portabilidade somente quando houver o descredenciamento de um prestador no município de residência do beneficiário, sendo que nem sempre esse era o local que ele optou para realizar seu tratamento. Dessa forma, expôs que uma das propostas apresentadas pelo CNS na CP nº 82 era de que houvesse, além do município de residência, a opção para o consumidor de num novo contrato ou um prazo para se manifestar, declarando outro município onde gostaria de ser tratado, ou seja, dando ao consumidor a possibilidade de manter a portabilidade quando o hospital de preferência fosse descredenciado. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) esclareceu que a fase ainda era de análise das contribuições à CP nº 82 e a ANS colocou o tema na reunião para prestar contas do trabalho executado até o momento e também por um pedido de pauta da Anahp. Agradeceu a colaboração dos que se manifestaram e enfatizou a complexidade e importância daquele debate, do qual a Agência jamais se furtaria. Observou que não parecia adequado fazer uma resposta da equipe técnica ou dele mesmo naquela reunião, caso contrário, seria criada uma instância de debate não existente no processo. Disse que faria apenas um comentário importante de esclarecimento quanto à questão da área de territorialidade de substituição, afirmando que ela, utilizada há 20 anos, não estava sendo alterada na norma, ou seja, não procedia a ideia de que se estaria criando uma área de saúde nova. Como não havia mais inscritos, passou ao item 2.3 da pauta - Consulta Pública nº 83 - Proposta de Resolução Normativa sobre capital regulatório para definir critérios quanto aos riscos operacional e legal e de dedução do PLA referente à parcela de *Goodwill*, tema da Diope. O Sr. **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho** (Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras) disse que o Sr. Thiago Barata Duarte, Assessor da Diope, faria uma

pequena apresentação sobre o informe da Consulta Pública nº 83. Ressaltou que aquela mudança ocorria desde março/2020 e estava-se caminhando e cumprindo o cronograma aprovado pela diretoria colegiada, tendo sido aprovado o risco de subscrição e o risco de crédito e, naquele momento, estava em andamento o risco operacional e legal, com prazo para aprovação até o dia 30/6/2021 e a conclusão daquela CP seria submetida à diretoria colegiada na pauta da próxima reunião para análise desse risco de crédito. O Sr. **Thiago Barata Duarte** (Assessor da Diope/ANS) confirmou que trazia um informe da Consulta Pública nº 83, aberta durante o período de 5/2/2021 a 21/3/2021, na qual foi tratada a proposta de capital de risco operacional/legal e um ajuste relativo à parcela de *Goodwill* no PLA. Contextualizou tratar-se da continuidade de um trabalho de convergência do requerimento de capitais para as operadoras do setor de saúde suplementar, por meio da alteração de uma norma, antes mensurada por meio de uma margem de solvência, bastante antiga e em desuso, para uma regra mais atual e focada nos riscos da operação do setor. Conforme colocado pelo diretor Paulo Rebello, complementou que aquele era um compromisso assumido desde março de 2020, quando houve a publicação da RN nº 451, que propôs o calendário de fases dessa proposta, primeiramente, com a publicação referente ao capital de risco de subscrição e , na sequência, foi publicada a RN nº 461, em novembro de 2020, que alterou a RN nº 451, com a vigência a partir de março/2021 por conta de uma preocupação em dar um tempo de adaptação para todo o setor, inclusive à ANS. Explicou que, no momento, estava-se trabalhando a normatização relacionada ao risco operacional e risco legal, ponderando que, embora os cinco riscos tenham sido tratados de formas distintas na RN nº 451, foi continuada a proposta de seguir aderente ao modelo europeu de aferição de solvência 2, que trata o risco para fins de mensuração conjunta do risco operacional e legal, então, para fins de cálculo, seria atribuído um único valor, sendo o risco legal um suporte do risco operacional. Explanou que, como estava sendo alterada a RN nº 451, foi levantado um ponto internamente sobre o *Goodwill* - ágio por expectativa de rentabilidade futura - ou seja, um ativo que representa benefícios econômicos futuros resultados de ativos adquiridos em combinação de negócios. Contando um pouco do histórico, disse que foi decidido na câmara técnica que os ajustes na antiga IN nº 50, hoje tratados no Artigo 9 da RN nº 451, na qual diversos ativos foram deduzidos do Patrimônio Líquido - PL para formar o Patrimônio Líquido Ajustado – PLA, que representa o patrimônio de referência para fins de solvência contraposto com o capital mínimo requerido, uma prática nacional e internacional de executar deduções. Adicionou que, por motivos diversos, houve uma alteração contábil e, em paralelo, acabou que a parcela do *Goodwill*, abordada no passado de forma conjunta aos ativos estrangeiros, passou a ser tratada dentro da conta de participações e, por ter passado abaixo do radar, levantou algumas dúvidas se esse valor deveria ou não ser deduzido, assim, deixou claro que essa dedução foi colocada de forma totalmente alinhada, inclusive, às normas internacionais de referência no próprio ICP nº 17 que aceitam nominalmente essa dedução como uma boa prática. Feita aquela contextualização inicial, passou a discorrer sobre os resultados da CP nº 83 - Proposta de Resolução Normativa sobre capital regulatório para definir critérios quanto aos riscos operacional e legal e de dedução do PLA referente à parcela de *Goodwill.* Foram recebidas um total de 61 contribuições mais direcionadas pelas empresas participantes do processo, das entidades e do governo e, subtraindo as sugestões repetidas, restaram 37 distintas, porém, como havia ainda aquelas reenviadas por uma mesma entidade com embasamento, no total foram consideradas, aproximadamente, 20 contribuições, número bem inferior ao das consultas públicas (CP nº 73 e nº 77). Quanto à origem, a maior parte das contribuições foram das entidades representativas, como era esperado em um tema como aquele, e houve 10 sugestões da Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade do Ministério da Economia - SEAE/SEPEC/ME. Quanto ao conteúdo, a maior parte das sugestões foram por possíveis alterações nos textos, sendo: a maioria em relação módulo de Capital de Risco Operacional - CRO que estava sendo proposto; 11 sugestões relacionadas ao PLA; e 10 que foram justamente as da SEAE basicamente sobre os ajustes do AIR. Foram 10 entidades participantes e uma concentração de algumas sugestões, sendo a maior parte sobre AIR, tanto do risco operacional quanto do PLA, muito por conta das sugestões da SEAE, e o segundo item mais abordado foi, justamente, a questão da dedução do PLA. As recomendações da SEAE foram todas acatadas e, em sua manifestação, destacou-se a conclusão de que aquela era uma boa proposta, não ensejando problemas concorrenciais, com potencial de diminuir barreiras de entradas, apontamento importante na visão da ANS. Além dos ajustes advindos das contribuições, foram feitos outros ajustes de sugestões internas da Agência, como por exemplo: a revogação do Anexo 5 da RN nº 451, o qual, na verdade, já não tinha mais efeito prático; e a alteração do prazo de vigência de um trimestre para melhor ajustamento pelas empresas e pela ANS, visando uma

transição mais serena possível na inclusão desse risco, principalmente para as operadoras que já anteciparam a norma de capital (aproximadamente entre 200 e 300 operadoras). O cronograma previsto seguia rigorosamente dentro do programado, sendo o próximo passo a próxima reunião da Dicol e, se aprovada, seguiria à Procuradoria-Geral junto à ANS para ajustes finais, sendo a previsão de publicação na segunda quinzena de julho. Explicou que, embora o Relatório da CP nº 83 ainda fosse passar por objeto de análise pela Dicol/ANS, havia uma sinalização de serem acatadas, aproximadamente 50% das sugestões e que esse relatório seria divulgado, contendo maior detalhamento, com a lista das entidades que contribuíram e os demais itens abordados. Lembrou que todos os documentos relativos ao processo foram divulgados no site na consulta pública, inclusive as sugestões recebidas, conforme padrão da ANS na sua busca pela transparência. Consignando o entendimento de que, a partir daquela proposta, estava-se seguindo as boas práticas para a convergência às normas internacionais e nacionais na aferição de capital baseado em risco, enfatizou que as sugestões apresentadas na consulta pública não se referiam quanto ao uso ou não do modelo europeu como referência, mas sim sobre ajustes em relação à proposta, alguns acatados, outros considerados não adequados, como fazia parte do diálogo. Registrou que a ideia era sempre manter uma maior confiabilidade para o cálculo e uma solução que não onerasse nem o regulador nem o regulado, perseguindo, sempre que possível, a máxima da Agência de evitar barreiras de entrada de novas operadoras e o resultado obtido mais alinhado possível ao que se fazia mundo afora. Por fim, fez um destaque nominal a todos da Diope envolvidos no processo. O Sr. **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho** (Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS) agradeceu a todo a equipe envolvida, em especial ao Sr. Thiago Barata, que estava deixando a ANS em retorno ao seu órgão de origem, a Susep, uma grande perda para a Agência. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), também lamentando a saída do Sr. Thiago Barata da ANS, desejou-lhe boa sorte e sucesso em sua trajetória profissional. Considerando que não havia inscritos para manifestações sobre aquele tema, passou a palavra, novamente, ao diretor Paulo Rebello para o item 2.4 da pauta - Consulta Pública nº 85, também da Diope. O Sr. **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho** (Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS) comentando que aquela consulta pública havia sido publicada no dia 5/4/2021 e estaria aberta a partir do dia 12/4, para recebimento de críticas e sugestões, convidou o Sr. Robson Barreto da Cruz, Gerente de Acompanhamento Regular das Operadoras (DIOPE), para apresentação do informe. O Sr. **Robson Barreto da Cruz** (Gerente de Acompanhamento Regular das Operadoras - GEAOP/GGAME/DIOPE/ANS) explicou que as normas contábeis eram atualizadas periodicamente, visando incorporar as operações praticadas nos mercados e maior alinhamento com as normas internacionais. Disse que, ao longo dos 21 anos de regulação, foram editadas 14 resoluções tratando das normas contábeis e nenhuma dessas resoluções vigorou por mais de três exercícios, estando vigente a RN nº 435/2018, já em seu terceiro ano de vigência. Esclareceu que foi verificada a necessidade de atualização devido a vários itens que precisavam ser incorporados, então, após seis meses de ampla discussão com as entidades representativas do mercado, com quatro reuniões gerais online e outras reuniões especificas com algumas entidades, foi formatada a proposta que consiste em uma nova RN dispondo sobre o plano de contas a substituir a RN nº 435, revogando também as Resoluções Normativas nº 227/2010 e nº 446/2019. Explicou que, após a edição de outras resoluções, a RN nº 227 teve a maior parte dos seu artigos revogados, restando alguns poucos que tratam de registros auxiliares e de exigências de informações segregadas, temas já tratados nas normas contábeis, o que não justificava sua manutenção e, quanto a RN nº 446, foi uma situação pontual, uma alteração da RN nº 435, para que as operadoras encaminhassem, por meio do Documento de Informações Periódicas das Operações de Planos de Saúde - Diops do quarto trimestre de 2019, as informações segregadas relativas a eventos de 2018 para possibilitar a melhor apurações dos índices, que acabavam repercutindo no índice de reajuste de plano. Acrescentou que a outra proposta era de uma nova Instrução Normativa - IN em substituição à IN nº 45/2010, que trata dos Procedimentos Previamente Acordados - PPA. Explanou que nas atualizações das normas contábeis estava a incorporação dos últimos pronunciamentos do Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC: convalidação da 2ª versão do CPC 00 (R2) - Estrutura Conceitual para Relatório Financeiro; convalidação da 2ª versão do CPC 06 (R2) – Arrendamentos; convalidação do CPC 47 – Receita de Contratos com Clientes; e a convalidação do CPC 48 – Instrumentos Financeiros (vigência a partir de 2023). Disse que outra alteração importante na norma era trazer todos os dispositivos que tratavam da auditoria independente, que atualmente estavam na RN nº 400/2016, que versa sobre o acompanhamento regular das operadoras e, dentre os dispositivos de auditoria, estavam o sistema da prática de rodízio da auditoria a cada cinco anos, sendo que a norma atual gera

dúvidas em relação à abrangência, logo, os dispositivos que estavam sendo inseridos na nova norma visavam conferir maior clareza. Falou sobre outro dispositivo decorrente de uma demanda de alguns segmentos do mercado em relação à exigência de auditoria independente das demonstrações de empresas investidas, para o que foi colocada na proposta uma isenção de auditoria independente das demonstrações financeiras de empresas investidas, quando essa não tiver relevância em relação à situação patrimonial da operadora/controladora. Ressaltou também outro ponto bem relevante de adequação do registro das operações em preço pós-estabelecido aos padrões internacionais, conforme CPC 47, passando-se a reconhecer no resultado da operadora apenas a receita efetiva dessas operações, registrando-se o valor correspondente ao ressarcimento do custo do atendimento pelo contratante em conta retificadora da despesa de eventos. Sobre a reformulação dos Procedimentos Previamente Acordados – PPA, atualmente, pela IN nº 50, Anexo I PPA/PESL de envio trimestral e o Anexo II com outras informações econômico-financeiras encaminhadas no segundo trimestre, explicou que a proposta era de junção desses dois PPA, naturalmente, com uma série de ajustes nos itens tratados, dispondo de forma mais objetiva o novo PPA para envio trimestral pelas operadoras com as seguintes observações: operadoras médico-hospitalares de pequeno porte devem enviar apenas no 4º trimestre; operadoras odontológicas de médio porte ficam dispensadas desse PPA; e, ainda, um novo Anexo II exclusivo para administradoras de benefícios. Por fim, enfatizou que a Consulta Pública nº 85 estaria aberta de 12/4/2021 a 26/5/2021 para recebimento de contribuições ao aprimoramento da proposta. O Sr. **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho** (Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS), agradecendo ao Sr. Robson Cruz pela apresentação, solicitou que todos participassem, apresentando suas sugestões e críticas, tonando aquele processo cada vez mais participativo, que era o objetivo da ANS. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) como ninguém solicitou fala para comentar sobre aquele tema, convidou a Sra. Ana Cristina Marques Martins, Gerente-Geral de Regulação Assistencial da ANS para apresentar para o item nº 2.5 da pauta - Consulta Pública nº 84, Proposta de Resolução Normativa que altera a RN nº 439, de 2018, que dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A Sra. **Ana Cristina Marques Martins** (Gerente-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS/DIPRO/ANS) informou que, finalizado o ciclo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, aprovado pela reunião de Diretoria Colegiada a ANS - Dicol do dia 23/2/2021 e vigente a partir de 1º/4/2021, foi apresentada também à Dicol uma proposta de revisão da RN nº 439/2018, que deu origem à Consulta Pública nº 84, a qual teve início no dia 5/3/2021 e estaria disponível para contribuições até o dia 19/4/2021. Explicou que o objetivo da proposta era reduzir a periodicidade de atualização dos procedimentos, sem que fossem comprometidas a qualidade técnica das análises, a transparência na tomada de decisão e a ampla participação social no processo. Apresentou o contexto da proposta de revisão, alinhado com outras ações da ANS: a alteração regimental, apreciada na 546ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, com a criação de gerências e coordenações na ANS específicas para tratamento do processo do Rol; o redimensionamento da equipe técnica que atua no processo do Rol; e o plano de automação do processo de atualização do Rol. Listou os principais marcos da proposta de revisão da RN nº 439/2018: propõe que a submissão passe a ser contínua, com o formulário aberto por todo o tempo para que a sociedade possa fazer suas submissões, diferentemente da submissão atual feita numa janela de dois anos; as análises de elegibilidade e técnicas feitas pela equipe da GGRAS também seriam contínuas, no entanto, as atividades relacionadas à tomada de decisão, que incluem a nota técnica de recomendação preliminar, a consulta pública e a aprovação das recomendações finais e a publicação da atualização do Rol ocorreriam semestralmente, contemplando as tecnologias cujas análises técnicas foram concluídas; não haveria um cronograma único para as novas tecnologias, rompendo-se o conceito de ciclo de atualização do Rol, cada proposta segue o seu próprio percurso, conforme sua data de submissão, sua condição de elegibilidade, a complexidade de sua análise e o cronograma relativo à tomada de decisão. Para exemplificar, apresentou um desenho, contemplando os 24 meses do Rol e ilustrando que: a submissão da análise técnica e recomendação seriam contínuas, a todo tempo haveria análises entrando e tecnologias sendo avaliadas e, à medida em que fossem sendo finalizadas, seriam encaminhadas para apreciação e para consulta pública, então, a cada seis meses haveria a publicação de uma lista do Rol. Sobre as principais alterações proposta, explanou que a elegibilidade passava a ter o prazo de 30 dias e relacionou os requisitos por tipo de proposta: Incorporação (16 itens) - todos os itens constantes da RN 439/2018); Desincorporação (5 itens - exclusão de detalhamentos relacionados à tecnologia como indicação de uso, comparador, capacidade instalada, entre outros, além de exclusão do bloco de avaliação econômica e de impacto orçamentário); Inclusão,

Exclusão ou Alteração de DUT (6 itens - exclusão de detalhamentos relacionados à tecnologia como indicação de uso, comparador, capacidade instalada, entre outros, além de exclusão do bloco de avaliação econômica); e Alteração de nome do procedimento (3 itens – identificação do proponente, do tipo de proposta e apresentação do nome da tecnologia). Fez uma prévia da CP nº 84 até aquele momento, informando que foram recebidas 132 contribuições até o dia 5/4/2021, basicamente relacionadas à inclusão de um novo item na norma, e que o maior número de contribuições foi sobre o Artigo 6º, que fala sobre os tipos de propostas de incorporação, desincorporação e alteração de DUTs. Assim como a Sra. Andreia Abib, reforçou que, historicamente, a maioria das contribuições chegavam na última semana, às vezes no último dia, logo, a ANS esperava que esse número de contribuições à CP nº 84 fosse significativamente aumentado. Lembrou que já haviam sido realizadas duas reuniões técnicas sobre o tema com os membros da CAMSS, informando que todo o material de elaboração da RN nº 439 havia sido reavaliado para compor aquela proposta de revisão. Considerando que ainda havia muitos pontos cabíveis de melhoria, solicitou que as instituições da CAMSS apresentassem suas contribuições, extremamente importantes para o processo de revisão do Rol, que já vinha sendo pensado há dois anos, ressaltando que aquele era o momento de analisar criticamente a aplicação da RN nº 439 e contribuir com vistas à construção de um processo mais aprimorado. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), agradecendo à Gerente-Geral da GGRAS pela apresentação, concedeu à palavra aos membros para manifestações ou questionamentos sobre aquele tema. O Sr. **Tiago Farina Matos** (Conselho Nacional de Saúde - CNS) parabenizou toda a equipe técnica da ANS que se debruçou sobre o tema, o qual vinha sendo discutindo há bastante tempo, reconhecendo a grande dificuldade para se promover aquela mudança e o tremendo esforço empreendido pelos técnicos da Agência. Acreditando que todos poderiam contribuir para o refinamento de alguns pontos, informou que o Instituo Oncoguia, do qual fazia parte, publicou seu entendimento inicial sobre como o texto da minuta de RN poderia ficar um pouco melhor do que já estava e deixaria sua contribuição à CP nº 85 mais para o final, com o objetivo de antes verificar o que algum *stakeholder* teria a contribuir com base nesses pontos iniciais de sugestão de aprimoramento colocados pelo Instituto. Completou que, assim, haveria mais tempo para se refletir e buscar ainda mais elementos com vistas a melhor ajudar no processo. Disse que, talvez, o ponto mais crítico da proposta fosse quanto a falta de previsibilidade do prazo de duração. Dispôs no *chat* da reunião o link do citado posicionamento inicial, publicado no site do Oncoguia. O Sr. **Pablo Silva Cesário** (Confederação Nacional da Indústria – CNI) agradeceu a oportunidade de participação na CAMSS mais uma vez. Registrou que o Sesi/CNI fez um estudo bastante detalhado sobre o tema, cujo link compartilhou no *chat* daquela reunião. Explicou que nesse estudo foram revistas cada uma das proposições e encontradas algumas dificuldades técnicas, chamando a atenção, em particular, sobre equipamentos e questões metodológicas. Comentou que, não obstante existissem outras fontes de referência, a saúde suplementar passava por condições muito específicas que a diferem tanto da saúde pública quanto da completamente privada, sendo necessário um mecanismo intermediário entres esses dois mundos. Cumprimentando a diretoria da ANS, enfatizou que a proposta representava um avanço incremental que deveria ser continuado e considerou muito importante louvar o esforço em construir essa capacidade de conhecimento técnico interno na Agência, inclusive com a criação de gerências, coordenações, pessoas dedicadas ao processo, talvez, o maior desafio a longo prazo. Se colocou à disposição para discussão sobre os pequenos ajustes sugeridos no estudo. O Sr. **Renato Freire Casarotti** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – Sinamge), mencionando que mesmo fora da CAMSS havia acompanhado o processo durante os últimos seis meses, consignou as duas unanimidades constatadas, as quais, na sua opinião, foram os principais motivos da revisão: a importância da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS, absolutamente indispensável para o processo do Rol; e a questão da periodicidade de dois anos que já não se encaixava mais com as necessidades de atualização do Rol. Concordou que aquele era um debate extremamente difícil, ainda mais considerando que a ANS, enquanto gestor público, tinha a obrigação de executar, ter as condição técnicas para fazer a ATS e com a celeridade necessária. Aproveitou para cumprimentar tanto o Instituto Oncoguia quanto a CNI pelas duas inciativas interessantes de promover o debate. Registrou que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde era fundamental para a saúde suplementar, sem o qual não haveria previsibilidade, referência de tratamento, condições de precificação, condições de entrega de produtos, e daí por diante. Complementou que, dada a sua essencialidade, o Rol requeria uma atualização da forma mais técnica e célere possível. Acreditando que se chegaria a uma norma que entregue o que era preciso, parabenizou a ANS e ao seu grupo técnico pela iniciativa e por todo o trabalho empreendido. A Sra. **Vera Rosana Nunes**

Valente (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde) por ter participado muito das discussões do tema, inclusive por ela algumas vezes pautado em reuniões da CAMSS, se sentiu no dever de fazer um registro parabenizando a ANS pelo excelente trabalho, na velocidade necessária, conseguindo unir todas as partes interessadas e criar um processo novo para acomodar as necessidades dentro de uma situação bastante desafiadora. Manifestando o apoio da FenaSaúde ao trabalho, disse que as contribuições ainda estavam sendo organizadas, mas eram basicamente no sentido de apoiar e avançar no que já foi apresentado. O Sr. **Bruno Sobral de Carvalho** (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNSaúde) conceituou a atualização do Rol como um excelente avanço. Enfatizou que, embora fosse muito difícil dar total forma ao algoritmo utilizado que permitisse conhecer a rácio análise do decisor, era extremamente necessário aproximar o esclarecimento o máximo possível para que todos pudessem entender qual o raciocínio da ANS quando decide por incorporar ou não incorporar uma tecnologia, com absoluta transparência, o que ajuda, inclusive, no processo de pensar a submissão. Do mesmo modo, pontuou que as negativas de submissão, bem como os aceites, fossem muito bem justificados, principalmente, sobre aqueles procedimentos que não foram incluídos de maneira a permitir a compreensão do porquê da negativa, se havia necessidade de mudança no estudo, na forma de submissão, na análise econômica etc. Nessa linha, falou sobre a questão do preço, citando que às vezes a análise econômica era feita utilizando o preço da CMED, e aquela tecnologia já entra com mais duas ao mesmo tempo e o preço de mercado cai, o que faz refletir se seria melhor incorporar apenas uma para determinada doença ou logo três para gerar concorrência e sobre como o decisor pensa esse tipo de questão. Concluiu que havia uma série de decisões para as quais seria importante o máximo de clareza, tornando o processo melhor para quem submete e para quem analisa. Parabenizou a ANS, que estava num caminho muito bom e de maneira muito transparente. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) agradeceu a todos pelas contribuições. realmente muito importantes. Externou sua enorme satisfação quando as maiores contribuições de uma consulta pública são de pacientes e familiares, registrando que essa foi a segunda e a terceira maior contribuição para a aprovação do Rol, o que evidencia a relevância desse item para a sociedade brasileira. Em relação aos pontos destacados, disse que a agência vinha trabalhando arduamente para melhorar esse processo: tratando as questões de critérios mais objetivos; aprimorando a parte econômica a respeito do impacto; construindo sistemas de busca de informação; fazendo a restruturação da área técnica; a capacitação dos profissionais, inclusive da nova geração para que não haja descontinuidade; dentre outras ações. Certificou que a Agência estava empreendendo todo o necessário para chegar a um resultado cada vez mais próximo do ideal e para que esse trabalho de incorporação seja o melhor possível. Enalteceu a equipe envolvida, muito capacitada, dedicada e competente para realizar esse trabalho dentro da melhor técnica de incorporação de análise de tecnologia em saúde. Dando prosseguimento, convidou a FenaSaúde para apresentar o item 2.6 - a pandemia e a saúde suplementar. A Sra. **Vera Rosana Nunes Valente** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde), agradecendo a Agência por ter acatado a solicitação de inclusão daquele tema na pauta da reunião, disse que, diante do agravamento da situação da pandemia naquele momento, com proporções muito maiores do que anteriormente devido à gravidade em termos de necessidade de leitos e kits de intubação, a FenaSaúde havia feito aquele resumo, através da organização de dados, para materializar o drama que a saúde suplementar estava enfrentando e, assim, tentar colaborar com a discussão e enfrentamento, especialmente de iniciativas legislativas, que comprometiam a saúde financeira do setor, por medidas que geram novas despesas ou diminuem receita, como o caso dos reajustes. Passou a discorrer sobre aquele trabalho. Na primeira análise, feita com algumas associadas da FenaSaúde, que correspondem a 24% dos beneficiários da saúde suplementar, foi realizada uma comparação das solicitações de eletivas, que demonstrou um crescimento bastante expressivo da solicitação de eletivas, apesar de todo o agravamento da situação de falta de leitos e de dificuldade de internação de pacientes, com números maiores em maço/2021, do que em março/2020, quando a pandemia teve início, e do que em março/2019, quando sequer existia pandemia. Ressaltou que aqueles números retratavam a preocupação que já vinha sendo colocada pela FenaSaúde, a qual em nenhum momento propôs o cancelamento de eletivas, mas sim a suspensão de prazos e cobrança de multas e com foco em cuidados a pacientes de Covid. Na segunda demonstração, feita com uma operadora da FenaSaúde com mais de 3 milhões de beneficiários, mostrou que apenas 30% das solicitações de cirurgias eletivas eram críticas, não podendo ser postergadas porque colocariam o paciente em risco, enquanto que 70% eram de cirurgias eletivas não críticas, as quais poderiam ser adiadas de forma a não concorrem com leitos de Covid e

trazer mais segurança para o próprio paciente. Numa análise denominada radiografia do setor com a finalidade de mostrar que o setor de saúde suplementar estava trabalhando forte em relação à pandemia, foi demonstrado: utilizando o custo médio apurado pelas operadoras da FenaSaúde, totalizou-se uma despesa de 13,5 bilhões, no período entre março/2020 e março/2021, com internações Covid UTI e sem UTI, exames RT-PCR e exames sorológicos; e numa expansão dessa análise para demais empresas do setor, assumindo-se os custos divulgados no boletim Covid ANS em agosto/2020, somando-se aos custos das operadoras da FenaSaúde, chegou-se na ordem de 27 bilhões só com Covid, 12,3% da receita total do setor em 2020 para enfrentamento da Covid, sem considerar os gastos com uma série de iniciativas com relação ao SUS durante a pandemia. Quanto ao teleatendimento, foram demonstrados números bastante expressivos, em torno de 2,5 milhões de consultas no período de fevereiro/2020 a janeiro/2021, com alto nível de satisfação na faixa de 75% a 94% e grau de resolutividade de 79% a 97%, um importante canal de atendimento que a FenaSaúde entende como instituído permanentemente e apoia que seja considerado um marco legal. Quanto à classificação das operadoras por porte, foi verificado: 56% das operadoras de porte pequeno e 80% dos beneficiários dessas operadoras se encontram no interior e, quando observada a distribuição das operadoras, 11% no conceito de grande operadora com mais de 100 mil beneficiários, 56% pequenas operadoras com menos de 20 mil beneficiários e 33% de médio porte. Nesse sentido, comentando sobre as medidas legislativas e judiciais com as quais todos estavam lidando e que questionavam a recomposição do reajuste que deveria ter sido aplicado no passado ou ainda a incorporação de novas tecnologias, via projeto de lei, asseverou que qualquer medida que impacte a saúde financeira das operadoras comprometeria o atendimento dos beneficiários dessas localidades menores e os colocaria dependentes do SUS. Por fim, na análise do índice combinado maior que 100%, ou seja, despesas assistenciais, comerciais e administrativas superiores à receita, mostrou o levantamento que considerava as operadoras com índice maior ou igual a 100%: em 2018, eram 3 operadoras grandes, 41 de porte médio e 120 pequenas, exatamente as situadas em municípios menores, com total de 164 operadoras e 4 milhões de beneficiários; e, em 2019, números ainda piores, com 180 operadoras na situação de índice combinado maior ou igual a 100%, envolvendo mais de 5 milhões de beneficiários. Apontando que aqueles eram dados da própria ANS, que estavam sendo apresentados na intenção de mostrar algumas iniciativas enfrentadas diariamente que poderiam comprometer, verdadeiramente, o sistema de saúde suplementar em curtíssimo prazo, num momento de fragilidade. Insistiu que qualquer medida dos legisladores naquele momento poderia comprometer o funcionamento do setor de forma desastrosa. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) facultou a palavra aos que queriam se manifestar sobre aquele assunto. O Sr. **Denilson de Souza Freitas** (Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor - MPCon), cumprimentou a Sra. Vera Valente pela importante exposição como forma de compreender o diagnóstico por todos os lados do segmento da saúde suplementar. Em relação ao número de solicitações de cirurgias eletivas feitas às operadoras, perguntou se havia dados de quantas dessas solicitações não haviam sido atendidas e, considerando a colocação sobre os 27 bilhões gastos pelas operadoras com Covid, questionou se existia a informação do quanto as operadoras deixaram de gastar com procedimentos não Covid durante a pandemia. A Sra. **Vera Rosana Nunes Valente** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde) quanto à questão do que foi realizado ou não, respondeu que a operadora autorizava diante do alto volume da demanda, inclusive, a não autorização acarretava multa e NIP e que o atendimento estava dependendo da vaga do hospital, sendo que a maioria das operadoras da FenaSaúde não tinham hospital próprio. Quanto ao segundo questionamento, observou que a apresentação mostrava uma queda de gastos com eletivas em três meses de 2020, porém, logo depois essa taxa começou a crescer. Enfatizou que o aumento absurdo do número de eletivas e o grande agravamento da crise da pandemia somavam dois picos, evidenciando que o primeiro trimestre de 2021 seria o mais demandado da história do setor de saúde suplementar. O Sr. **João Alceu Amoroso Lima** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde) complementando a resposta, colocou que, de maneira geral, aquilo era sempre ouvido pelas operadoras e por outras entidades, mas na verdade, entre a chamada primeira onda em abril/maio/2020 e o que vinha ocorrendo desde o final de fevereiro/2021 representava um crescimento de 200% a 250% em termos de volume de internados, números de UTI e todos os demais números, um colapso no sistema com falta de oxigênio, de anestésicos para intubação, de equipamentos, ventiladores, sem falar no fato de que o preço desses equipamentos subiu na ordem de 300% a 400%. Sinalizou que, em que pese todo o esforço da iniciativa privada em montar novos leitos, importar medicamentos, transportar doentes etc., o sistema estava bastante assoberbado, prevendo-se um trimestre extremamente comprometido, talvez,

a pior da série histórica desde que a ANS vinha acompanhando esses números. O Sr. **Paulo Ricardo Brustolin** (Unimed do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Médica), registrando que aquela era sua primeira intervenção como representante titular da Unimed do Brasil na CAMSS, parabenizou a demonstração proporcionada pelos representantes da FenaSaúde, que comungava muito com o que o sistema Unimed vinha vivendo ao longo daquele último trimestre. O Sr. **Anderson Antônio Monteiro Mendes** (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas) também parabenizou a FenaSaúde pelas importantes informações apresentadas, ressaltando que no sistema de autogestões as considerações eram as mesmas, com grande aumento de eletivas somadas aos casos de Covid-19, agravados pela população em média mais idosa nas autogestões, em torno de 30% da carteira, fator que piorava ainda mais o cenário de Covid. A Sra. **Teresa de Souza Dias Gutierrez** (Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp) pontuou que seria importante o conhecimento desses levantamentos contemplando os dados da saúde suplementar como um todo e não apenas da FenaSaúde, opinando que o fechamento em um primeiro trimestre seria bem razoável para uma ideia mais ampla. Disse que, talvez, a curva apresentada nos dados dos associados da FenaSaúde fosse um resultado de um adiamento das eletivas de 2020. Reiterou que a Anahp tinha uma possibilidade de levantamento de dados bastante relevante com seus associados e estava à disposição da ANS para apresentar tudo que fosse preciso. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) lembrou que aqueles não eram dados da ANS, mas da própria FenaSaúde. O Sr. **João Alceu Amoroso Lima** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde) interveio para esclarecer que alguns slides da apresentação realmente eram de dados de associados da FenaSaúde, como a sequência de solicitações de autorizações de eletivas, no entanto, o quadro da apresentação que mostra um total de 27 bilhões foi elaborado com a base de usuários da FenaSaúde e com os dados de custo médio da ANS para projetar custos da população inteira do número de internações. Da mesma forma, disse que o quadro que mostra o índice combinado, denominado por ele de linha d'água, era de dados do sistema como um todo e que 2020 só não havia sido apresentado porque ainda não estava consolidado, sendo que a ideia da FenaSaúde era a atualização constante e periódica para compartilhamento na CAMSS e em outros fóruns desses dados consolidados. O Sr. **Renato Freire Casarotti** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - Sinamge), como forma de contribuição, disse que tentaria separar os temas. Salientou que, devido a um certo atraso na apresentação dos dados à ANS, até pelo *delay* proveniente das empresas de capital aberto, os dados do primeiro trimestre de 2021 ainda não haviam sido publicados, mas, com toda certeza, era fato de que aquele trimestre teria a maior conta de despesas especiais da história da saúde brasileira. Completou que aquilo não era nenhuma novidade, portanto, não era conflituosa a constatação de uma dupla carga decorrente de procedimentos não realizados no passado e a saúde suplementar existia para atender a essa demanda. Registrou que a redução existente no segundo trimestre de 2020 havia sido retomada e os hospitais chegaram à superlotação de 100% nos grandes centros do Brasil, somado à continuidade de realização dos procedimentos eletivos e exames de RT-PCR e sorológicos na medida da possibilidade, ou seja, os hospitais estavam trabalhando no limite, com dificuldades de acessar insumos das operadoras. Assim, considerando que aquele trimestre seria extremamente exigente e que a pauta da suspensão das eletivas havia sido encerrada pela ANS, ressaltou a importância de reunião de esforços para manter o sistema unido e com os recursos necessários com vistas à continuidade do atendimento das pessoas naquele semestre. O Sr. **Bruno Sobral de Carvalho** (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNSaúde), em linha com a colocação da representante da Anahp, em relação aos dados apresentados pela FenaSaúde, apontou ser importante sempre levar à mostra aquele tipo de balanço, como os dados que a ANS vinha publicando nos boletins sobre a pandemia. Conforme colocado pelo Sr. Renato Casarotti, concordou que, necessariamente, existiriam algumas acomodações abruptas de fluxos de caixa e de demandas do setor, salientando que os prestadores sofreram muito com aquilo no início da pandemia e seria natural um retorno de parte da demanda represada. Enfatizou ser fundamental focar em como proteger o setor, principalmente na proteção do usuário para que toda cirurgia eletiva fosse realizada com o máximo de segurança possível sem prejudicar o tratamento da Covid, o que traria menos complicações no futuro e menos gastos para o sistema como um todo. Nesse prisma, opinou que o equilíbrio entre as cirurgias eletivas possíveis e o que teria que ser atacado em termos de Covid deveria ser algo feito caso a caso, com inteligência e parceria entre operadoras, prestadores e a Agência. Disse que a decisão da ANS, tomada na semana anterior, foi muito serena e de acordo com o curso normal do setor, com quedas e aumentos de fluxos de caixa e oscilações da situação para cada elo da cadeia. Reforçou que o foco no que se poderia fazer de melhor ao beneficiário

representaria um ganho maior como um setor que muito contribui à sociedade. O Sr. **João Alceu Amoroso Lima** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde), na qualidade de autor do estudo junto com a Sra. Vera Valente, reafirmou que, em nenhum momento, foi falado sobre a discussão da suspensão de prazos ou de multas de eletivas com conotação financeira, mas sim totalmente focada em abertura de leitos e pessoas aguardando por vagas, como mostraram os gráficos do índice combinado, que tinha a ver com questões legislativas e, em alguns casos, judiciais de suspensão de reajuste ou de inclusão de coberturas, inclusive vacinas. Comentando que das pequenas empresas quase nenhuma era da FenaSaúde, alertou que essas seriam as primeiras a sucumbir, fato agravado por estarem em regiões remotas, onde quase sempre não há oferta de outra operadora, portanto, apesar do mecanismo da portabilidade, caso a empresa entrasse em solvência, as pessoas acabariam indo para o sistema único de saúde. Reforçou que os dados constantes do último slide da apresentação foram trazidos, inclusive, de conversas junto à Câmara dos Deputados e Senado Federal e demonstravam o quanto o setor estava absolutamente estressado e sem condições de enfrentar uma sobrecarrega no sistema. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) consignou que tudo que foi falado relativo a dados seria retratado no Boletim ANS sobre a Covid-19, publicado mês a mês, normalmente, entre o dia 19 e 22. Passou ao item 2.7 - Reajuste de Planos de Saúde, pauta solicitada pela Secretaria Nacional do Consumidor - Senacon. O Sr. **Frederico Fernandes Moesch** (Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública - Senacon/MJ), informando que o Sr. Pedro Aurélio Queiroz, representante titular, teve que se ausentar da reunião em virtude de outro compromisso, perguntou se, por conta do avançado da hora, poderia apresentar o tema ainda naquela reunião. Vez consentido, disse que reproduziria a apresentação em PowerPoint para facilitar a visualização de gráficos e a compreensão de todos. A Sra. **Lenise Barcellos de Mello Secchin** (Chefe de Gabinete da Presidência da ANS), como secretária daquela reunião, registrou que a Senacon havia informado que não faria apresentação em PowerPoint e que não a havia submetido previamente à ANS, conforme sempre solicitado a todas as pessoas externas, por uma questão de segurança. O Sr. **Frederico Fernandes Moesch** (Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública - Senacon/MJSP) se desculpou dizendo que a Senacon mudou de ideia na última hora. Primeiro, apenas para contextualizar, falou das enormes dificuldades enfrentadas por consumidores e fornecedores de produtos e serviços por conta da pandemia da Covid-19, que trouxe impactos na oferta e na demanda, a necessidade de medidas sanitárias de distanciamento social, o desemprego de muitos consumidores que não tinham atividade formalizada e tiveram a renda reduzida. Observando que o setor de saúde suplementar abarcava 47 milhões de brasileiros usuários, comentou sobre a redução da inadimplência, mostrada em dados da ANS, fato interessante decorrente do grande esforço dos consumidores em priorizar a manutenção de seus planos de saúde para não dependerem do SUS. Mencionando que o Brasil havia atingido o pico da pandemia em março/2021, chegando a mais de 4 mil mortes diárias, recordou que em 2020 houve uma suspensão do reajuste dos planos de saúde, porém, considerando que a situação da pandemia piorou em 2021, o tema do reajuste estava gerando bastante preocupação. Explicou que o objetivo do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor - DPDC contracenava com o da Senacon, cujo papel era o de coordenar o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor - SNDC, composto por órgãos e entidades públicas e privadas de diferentes unidades da federação, federais, estaduais e municipais, a exemplo do Sr. Denilson Freitas, representante do Ministério Público, não havendo nenhum vínculo hierárquico entre a Secretaria e os demais membros do Sistema. Dessa forma, reforçou que a questão do reajuste foi ponto de pauta específico da 25ª Reunião do SNDC, realizada em janeiro, matéria tratada junto ao Ministério Público do Consumidor, Procons e Defensoria Pública, reconhecida como prioritária para essas instituições, razão pela qual foi realiza também reunião com a Anvisa, em 9/2/2021, na qual se discutiu os aumentos nos valores dos planos de saúde e verificou-se a possibilidade de se rediscutir e, talvez, fazer uma suspensão como no ano passado e um ajuste temporal. Considerando que a queda da sinistralidade bastante importante devido a redução dos números de cirurgias eletivas nesse ano, deduziu que a expectativa era de um reajuste baixo ou até negativo para 2021 e perguntou à ANS se havia uma atualização sobre esse tema. Consignou que a atuação do SNDC e da Senacon demandava precaução para pré-prevenir conflitos de consumo, proteger a saúde do consumidor e preservar sua capacidade financeira, logo, a preocupação com a matéria dos reajustes. Noticiou que, diante dessa preocupação, as principais operadoras de planos de saúde haviam sido notificadas para que apresentassem explicações sobre os aumentos praticados entre 2019 e 2020, assim como os que poderiam ocorrer durante a pandemia em 2021 e com a finalidade de conhecer os reajustes

negociados nos planos de saúde coletivos (que não possuem reajustes regulados pela ANS), além de verificar se havia razão para possível tratamento discriminatório entre estes e os demais usuários. Comentando que a maioria das operadoras notificadas já havia apresentado resposta, sendo que algumas solicitaram dilação de prazo, informou que já havia sido realizada uma análise preliminar para posterior elaboração de uma nota técnica e circular. Mostrando um quadro comparativo, explicou que os planos coletivos tendiam a ter, na média, aumentos superiores aos planos individuais, sendo que esses correspondiam a menos de 20% dos consumidores de planos de saúde e os coletivos a mais de 80%. Explicou que a Senacon buscava esclarecer se os aumentos dos planos coletivos em relação aos individuais poderiam ser considerados excessivos, especialmente naquele momento excepcional, e identificar se havia uma margem para negociação de reajustes menores. Acrescentou a preocupação com possível prática de subsídios cruzados, em que consumidores menos protegidos pela regulação podem ter que suportar aumentos maiores do que aqueles que, em melhores condições, podem obter aumentos abaixo da inflação, problema agravado quando alguns consumidores arcam com aumentos que ultrapassam os índices inflacionários e podem deixar de adquirir o serviço em decorrência de aumentos expressivos. Demonstrou alguns dados apresentados pelas operadoras sobre os reajustes de 2019 e 2020: no plano individual, que tem teto estabelecido pela ANS, foi 7,35 em 2019 e 8,4 em 2020, considerando os planos já regulamentados pela Lei nº 9.656/98; e nos coletivos, considerando a Sul América e Unimed, por exemplo, a média ficou em 12,56 em 2020, portanto, acima do individual, observando-se que o maior reajuste chegou a 46%. Nada obstante a matéria do reajuste fosse frequentemente discutida na regulação da ANS em processo participativo de consultas públicas, asseverou que, conforme demonstrado, aquela questão precisava ser, de fato, enfrentada e a Senacon entendia que o ponto dos planos coletivos requeria a promoção de ajustes na regulação. Falou sobre a solidariedade às avessas, em que os reajustes menos protegidos pela regulação sustentam os reajustes menores daqueles protegidos pela regulação e sobre a externalidade negativa no setor, que poderia provocar uma migração de usuários para o SUS, além da perda de economia de escala e, no longo prazo, um desiquilíbrio atuarial das próprias operadoras. Citou as evidências preliminares obtidas pela Senacon: as operadoras de saúde apresentaram, nos últimos cinco anos, situação econômico-financeira bastante estável; a rentabilidade, em sua maior parte, aumentou; houve estabilização no *market share* e no número de beneficiários. Listou alguns dados recebidos sobre o crescimento do faturamento em relação a anos anteriores: com relação ao faturamento de 2017 e 2020, o aumento era sempre positivo, alguns inclusive bem significativos, e raramente houve queda no faturamento considerando as operadoras mencionadas; quanto ao número de beneficiários, houve uma estabilização com alguns aumentos mais significativos, porém, em geral, um ligeiro aumento ou ligeira queda. Passando aos dados apresentados à Senacon pela ANS, que atendeu prontamente ao pedido, listou outras evidências preliminares obtidas pela Senacon: coma a pandemia em 2020 os custos com consultas e procedimentos eletivos se reduziram; houve queda da sinistralidade em determinado período de 2020; a inadimplência também caiu. Ainda com dados da ANS, com base em resposta de 99 operadoras até novembro de 2020, pontuou uma queda de procedimentos eletivos, muito pela série de cancelamentos e reagendamentos por conta da pandemia, pois o foco do consumidor estava na saúde, no isolamento social, evitando-se riscos com a ida a hospitais e clínicas, sendo essa, inclusive, uma recomendação médica usual. Observou que, na sinistralidade, considera-se o pagamento que a operadora recebe do consumidor e a contraprestação - gasto com fornecimento de serviços para os seus clientes - algo que oscila, geralmente, de 70% a 80%,com uma queda para 60% durante os meses de maio, junho, julho e agosto, voltando a crescer depois. Reforçou a questão da redução da inadimplência decorrente do esforço que o usuário vinha fazendo para manter seu plano de saúde. Voltando ao número de mais de 47 milhões de usuários de planos de saúde, ressaltou que a expansão do segmento dependia de práticas regulatórias mais sustentáveis, de maior competitividade entre os agentes econômicos e, sobretudo, do repensar a estrutura de incentivos do setor. Expôs que o CNJ havia atentado para o aumento no número de ações judiciais envolvendo o tema, que já ultrapassavam 2 milhões em todo o Brasil, possível atuação disfuncional do setor. Repetiu que, em 2020, a ANS suspendeu o reajuste anual dos planos de saúde em razão da crise provocada pelo coronavírus e lembrou que, na última reunião extraordinária da Câmara de Saúde Suplementar do dia 22/3/2021, o DPDC/SENACON/MJSP sugeriu a possibilidade de nova suspensão dos reajustes nos planos de saúde pela ANS, tendo em vista o agravamento da pandemia do novo coronavírus. Reiterou o questionamento à ANS sobre a previsão do próximo índice de reajuste diante da expectativa de que esse seja relativamente baixo ou negativo, hipótese levantada tanto pela

Senacon como pela Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério da Economia. Confirmou a sugestão de que fosse discutida uma nova suspensão do reajuste dos planos individuais de 2021 e a possiblidade de acomodação com algum ajuste no tempo, considerando a expectativa citada e os 8% de reajuste de 2020 que, devido a suspensão anterior, estava sendo pago naquele momento. Pediu também que fosse repensada a regulação dos planos de saúde. Por fim, posicionou que aqueles eram pontos de preocupação colocados inicialmente e que a Senacon daria prosseguimento àquele debate. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), antes de abrir a palavra aos comentários sobre o assunto, assim como todas as colaborações levadas à CAMSS, avaliou como muito importante a contribuição apresentada pela Senacon e manifestou que, caso houvesse necessidade de apresentação complementar dos estudos que subsidiaram a posição institucional daquela Secretaria, a análise regulatória da ANS era sempre muito bem-vinda. A Sra. **Lenise Barcellos de Mello Secchin** (Chefe de Gabinete da Presidência da ANS e Secretária daquela reunião da CAMSS) pediu ao Sr. Frederico Moesch que encaminhasse a apresentação, tendo em vista que todo o material das reuniões da CAMSS era disponibilizado no site. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), em relação ao reajuste individual, adiantou que a ANS tinha uma Resolução que tratava sobre o cálculo desse reajuste e, considerando que os dados haviam sido entregues no dia 31/3/2021, boa parte pelo Diops, informou que aguardava-se a estabilização desses dados e, tão logo fosse feita a análise técnica, eles seriam encaminhados à atualização pelo ministério da fazenda para que então a ANS pudesse divulgar o mais rápido possível. O Sr. **Hilton Araújo de Melo** (Ministério Público Federal - MPF) registrando ter escutado com bastante atenção as falas e apresentações, todas muito valorosas, deu os parabéns, especialmente ao representante da Senacon, que o motivou a manifestar a posição do Ministério Público Federal, sempre externada em suas participações na CAMSS, em outros fóruns e internamente. Posicionou que a questão do reajuste era uma preocupação contínua do MPF, cuja área técnica vinha desenvolvendo notas técnicas sucessivas, inclusive, estava em andamento a produção de uma consolidação dos fatos a respeito do assunto. Recordou que, dentre outros, o tema do reajuste foi discutido em reunião recente com a ANS e, naquela oportunidade, a informação mais importante foi a menção de que ainda não havia dados oficiais, tão aguardados pelo MPF, para o que houve a tentativa de busca direta. Mencionando ter tido acesso à nota técnica do estudo realizado pela Senacon, fez um relevante registro quanto à excelência daquele trabalho e do esforço empreendido dentro do ministério da justiça, e que todos perceberiam como, de forma tão simples, técnica e objetiva, foi colocada a questão da desproteção de planos que, a exemplo dos falsos coletivos, poderiam acarretar a uma coletividade gigantesca de pessoas no Brasil. Disse que a regulação, certamente, enfrentaria a questão que vinha sendo, cada vez mais, entregue a um ambiente sem nenhuma proteção adequada, como no caso dos planos familiares individuais. Lembrou que, na ocasião, foi bem debatido com o diretor Mauricio Nunes da DIFIS e que o MPF aguardava o fornecimento dos dados relacionados a todas as reclamações que a ANS recebeu pelo seu próprio sistema a fim de se conhecer qual o tratamento verificado pela Agência de eventuais abusividades, deturpação do ambiente regulatório ou infração ao direito posto, bem como a identificação clara de um problema fático e inegável nas faturas dos planos de saúde dos beneficiários. Nesse aspecto, argumentou que, embora muitas vezes fosse uma questão de mudança de faixa etária, a grande quantidade de queixas nos Procons, Ministério Público, Defensoria Pública e na própria ANS denotava que o consumidor ainda não tinha compreensão perfeita sobre a forma de aplicação do reajuste, não entendendo se seu plano havia sido ajustado e se esse ajuste era conforme a normativa previa. Acrescentou o fato de que havia muitos consumidores reclamando de 40% de reajustes, aumentos expressivos num espaço muito curto de tempo. Ressaltou que era do conhecimento de todos, inclusive constante de diplomas legislativos específicos e não apenas no Código de Defesa do Consumidor - CDC, que a defesa em prol do consumidor era uma missão da Agência, bem como de todas as operadoras e prestadores de serviços que atuavam no setor, logo, falar em setor regulado no ambiente da saúde suplementar perpassava pela descrição constitucional da fundamentalidade do direito à saúde. Considerando os efeitos reverberantes sobre o SUS, salientou a necessidade da Agência em buscar verdadeiras soluções criativas para manter o equilíbrio econômico-financeiro setorial para entender quais as fórmulas de estabilidade e viabilidade das operadoras para evitar quebras e prejuízos em massa aos consumidores. Apontou que os reajustes em 2020 e 2021 assumiram uma esfera nunca vista antes em relação ao bolso do brasileiro, a crise econômica acarretada e a necessidade fundamental de manutenção de um plano de saúde. Sinalizou que 2020 foi um ano em que houve queda de sinistralidade e de inadimplência e aumento da base de clientes, o que diz muito a respeito da fundamentalidade dos planos

de saúde no Brasil. Registrou a esperança que o MPF depositava no conhecimento técnico e habilidade dos diretores da ANS para uma decisão sensata e positiva sobre a proposta de nova suspensão dos reajustes em 2021 de forma a sustentar o equilíbrio do setor, sem deixar de considerar o que vinha ocorrendo na fatura do consumidor. Registrou que o Congresso Nacional também estava naquela batalha, bem assim outros agentes no Planalto estendiam essa bandeira, conceituada como a melhor solução para o tratamento do reajuste de 2021, pois, a situação de pandemia e suas consequências era algo completamente novo e inédito, tanto para a base de clientes quanto para a base de operadoras. Consignou outra mensagem do MPF, em relação ao impacto que a regulação estava causando nos consumidores dos planos falsos coletivos, bem colocada na apresentação da Senacon, enfatizando que falar em grandes bases de beneficiários de grandes empresas era algo bem diferente do que tratar da adesão de planos coletivos empresariais que não colocavam uma balança equilibrada para ambos os lados, o que sempre geraria a necessidade de socorrer o estado desse mercado regulado. Agradeceu a todos, almejando que o diálogo fosse cada vez mais aberto abril afora para que se pudesse desenhar a melhor solução regulatória. A Sra. **Daniele Duarte Sambugaro** (Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Pública do Estado do Rio de Janeiro – Nudecon/RJ) apresentando-se como a Defensora Pública nova representante titular do Nudecon/RJ junto à CAMSS, com atuação específica na área de saúde suplementar, externou o prazer em fazer parte daquele fórum e poder contribuir com o debate. Agradeceu à FenaSaúde pelas informações apresentadas, ressaltando a importância de conhecimento daqueles dados, bem como a manutenção do diálogo aberto em prol do equilíbrio daquela relação consumerista, ótica pela qual o Nudecon lidava no dia a dia, sempre buscando soluções extrajudiciais das demandas. Mencionando a disponibilização pela ANS, no dia 5/4/2021, dos números de beneficiários de planos de saúde relativos a fevereiro/2021, observou que o setor manteve uma tendência de crescimento, com o aumento em todas as modalidades de contratação dos planos – individuais/familiares e coletivos empresariais e por adesão - o maior crescimento registrado desde dezembro/2016. Ressaltou que verificava-se uma tendência de crescimento dos lucros dos planos das operadoras de planos de saúde, as quais encontravam-se em um momento financeiro muito favorável, pelo menos de acordo com os dados constantes do site da ANS, que mostravam um acréscimo da receita das contraprestações em 2020, comparado a 2019, em torno de 7 bilhões e uma redução de despesa assistencial de mais de 10 bilhões, ou seja, aumento de 4,59% na receita e, em contrapartida, uma diminuição de 7,96% nas despesas essenciais. Apontou que aquela análise global dos dados públicos, disponibilizados pela própria ANS de evidente aumento de receita e redução de despesas assistenciais não permitia que houvesse qualquer aumento do valor da mensalidade dos planos de saúde, ainda mais no cenário atual de pico da pandemia, a falta de previsão de término daquela crise e considerando as grandes dificuldades econômicas que os usuários de planos de saúde estavam enfrentando, conforme bem apresentado pela Senacon e ratificado pelo MPF. Considerando que situações excepcionais exigiam posturas excepcionais, apresentou a solicitação do Nudecon/RJ de que a ANS atuasse para equilibrar a relação, empreendendo uma firme análise sobre a proposta de cancelamento do reajuste anual para o período de 2021 ou até mesmo que esse reajuste fosse negativo, tendo em vista a evidência de um lucro para o setor que não aconteceu durante os últimos 10 anos. O Sr. **Renato Freire Casarotti** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - Sinamge), considerando válidas e importantes as informações apresentadas pela Senacon e colocações do MPF e Nudecon/RJ, destacou que alguns pontos mostravam o equívoco comum de comparar o ajuste aplicado em um determinado ano com a sinistralidade ocorrida naquele ano. Lembrou que o reajuste de 2020 havia sido suspenso, primeiramente, por 90 dias por iniciativa das próprias operadoras e, depois, por atuação da ANS foi novamente suspenso de setembro a dezembro, sendo aplicado somente em 2021. Considerando a comparação cronológica de três anos feita pela Senacon em relação aos aumentos de receitas e número de beneficiários, fez uma crítica no que se referia às despesas, tendo em vista que essa comparação foi restrita a 2020, enquanto deveria ter sido atribuída também a comparação dos três anos anteriores para real verificação do comportamento da linha de despesas, que vinham subindo por razões conhecidas por todos, como as demográficas, aumento de custos dos procedimentos e o aumento de frequência, que considerava normal. Da mesma forma, referindo-se ao comentário da representante do Nudecon/RJ, fez a ressalva de que as despesas assistenciais não pararam de crescer desde o terceiro trimestre de 2020 e reforçou que 2021 teria as despesas mais altas da história da saúde brasileira. Considerando que os reajustes não eram aleatórios e sim calculados tecnicamente, com exceção dos grandes planos coletivos negociados caso a caso pela base de beneficiários específica da empresa, destacou que, mesmo sem

dados oficiais, era verdadeira a previsão de que os reajustes de 2021 seriam historicamente os mais baixos, com tendência inclusive próxima a 0% ou negativa. Nesse sentido, lembrou que os reajustes seriam calculados não com a sinistralidade aumentada de 2021, mas com base na queda de sinistralidade de 2020, asseverando que, por isso, o critério tinha que ser equânime para ambos os lados. Apontando que a inadimplência não era calculada com o valor da fatura e sim com o valor pago, observou que todo o corte era linear e acabava sendo discriminatório e injusto, mostrando-se absolutamente contra qualquer tipo de tabelamento de preço, o que, a longo prazo, acarretava carência. Nessa linha, ressaltou que a avaliação caso a caso permitia maiores condições de manutenção dos beneficiários por mais tempo, por meio da negociação de prazos e prorrogações, e destacou a iniciativa de muitas operadoras que empreenderam grande esforço para manterem seus beneficiados. Comentou que a judicialização era, de fato, algo terrível, cujo maior passivo era da união em relação à saúde brasileira como um todo devido à série de heterogeneidades difíceis de serem acomodadas. Embora reconhecesse como legítimo o anseio de todos frente à crise econômica trazida pela pandemia, consignou o pleito de que o ajuste das políticas públicas não fosse buscado em dados passados, mas em fatos que estavam ocorrendo no momento. Por fim, sinalizando que um sistema não sustentável era algo muito prejudicial aos beneficiários que precisavam utilizá-lo, almejou que a continuidade do diálogo conjunto propiciasse a melhor forma de atender a todos. O Sr. **Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo** (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios - Anab) ressaltando a riqueza do debate levado pelos representantes das entidades de defesa do consumidor em relação ao sempre muito polêmico tema do reajuste, parabenizou a ANS pela decisão inédita da suspensão do reajuste, a qual, na sua opinião, tinha surtido efeito positivo, em especial para os consumidores. Assim como o representante do Sinamge, relembrou que a própria Anab e outras entidades representantes de operadoras se antecederam, por liberalidade, e resolveram, desde abril de 2020, pela suspensão do reajuste por 90 dias para aplicação a posteriori em 12 parcelas distribuídas a partir de janeiro/2021, conforme decisão da Agência. Destacou que isso desencadeou uma certa confusão dos representantes de defesa do consumidor em relação a uma melhor compreensão sobre o cálculo do reajuste em planos coletivos. Comentando que em janeiro de 2021, quando apresentado o índice para cobrança do reajuste referente a 2020, houve um alarde geral de que não havia sido considerado o período de pandemia, no qual os dados apontavam queda da sinistralidade, chamou a atenção para o fato de que o reajuste anual tinha por base os 12 meses que antecediam a sua aplicação, logo, o reajuste de 2020 foi calculado de acordo com os números do período anterior, quando não havia situação mais acentuada da pandemia. Disse que já havia sinalizado que o critério utilizado pela Agência na suspensão do reajuste poderia ser, em dado momento, mal interpretado em relação a situação da saúde financeira das operadoras, avaliou que era um equívoco tratar de forma igualitária todas as operadoras, levando-se em conta que, inclusive por questões territoriais, inúmeras operadoras não estavam em situação financeira saudável, fato que poderia penalizar aqueles que faziam uma boa gestão. Quanto à proposta de nova suspensão de reajuste, asseverou que era preciso ter em mente a questão da data base do reajuste. Destacou que, naquele período de pandemia, diversas operadoras construíram novos modelos de produtos alternativos para os consumidores, proporcionando maiores possibilidades de manutenção e acesso a planos privados de assistência à saúde, com preços em patamares mais aceitáveis. Falou sobre outra questão ocasionada pelo Procon São Paulo, que aplicou penalidades a algumas operadoras e administradoras com relação a um equívoco na aplicação do reajuste por mudança de faixa etária, no entanto, conseguiu-se demonstrar que, na verdade, o cálculo que vinha sendo utilizado pelo órgão de defesa do consumidor não estava adequado à regulamentação da Agência. Assim, alertou sobre o grande desencontro de informações. Disse entender que a Agência, como órgão regulador oficial, obviamente, teria que apresentar as suas diretrizes, normas e regras relacionadas aos planos de saúde e concluiu que aquele era um momento oportuno para aquela discussão, inclusive dada a presença da Senacon. Aproveitou para conclamar a todos a fazerem um pacto em relação a essa questão do reajuste, através do estabelecimento de um teto aceitável e palatável, justamente para evitar que isso venha por força legislativa ou até mesmo em função de ordem judicial. O Sr. **Paulo Ricardo Brustolin** (Unimed do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Médica), cumprimentou o Sr. Frederico Moesch por ter levado à pauta aquele importante assunto sobre o equilíbrio consumerista. Indagou sobre a fonte dos dados apresentados e consignou que a Unimed, a princípio, não reconhecia aqueles números, portanto, gostaria de ter acesso e se colocava à disposição para a discussão técnica daquele tema tão relevante para o país. Registrou que, como o Sistema Unimed se pautava sempre pelo cumprimento integral da legislação brasileira, qualquer desafio ou questão a ser superada nesse sentido os preocupava também. O

Sr. **Frederico Fernandes Moesch** (Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública - Senacon/MJ) respondeu que as informações advinham das operadoras notificadas pela Senacon, mencionadas na apresentação, dentre elas a própria Unimed. O Sr. **João Alceu Amoroso Lima** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde) disse que faria pontuações sobre algumas apresentações realizadas naquela reunião. Em relação ao capital regulatório, no que tange ao estágio do processo de regulamentação do capital baseado em risco, colocou que, embora aquela explicação fosse complicada e dificilmente compreendida em todos os aspectos pelos presentes, deixou a mensagem de que a ANS estava convergindo para as regras de prudência mais sofisticadas dos países da Europa e Estados Unidos - a regra de solvência 3. Nesse sentido, indicou que a melhor forma de proteger os consumidores, interesse também primordial para as operadoras, era manter o sistema solvente e saudável para garantir a cobertura contratada e, portanto, a ANS tinha o papel de fiscalizar, exigir reservas e efetuar cobranças para um sistema saudável. Acerca da apresentação da própria FenaSaúde, destacou que foi mostrado um retrato da linha d'água de índice combinado de 2019, maneira mais simples de explicar o quanto a comparação das receitas aos principais grupos de despesas e índice combinado acima de 100 significava uma luz de alerta à necessidade de reequilíbrio, na qual 180 empresas se encontravam. Alertou que falar em nova suspensão de reajustes representava aumento de coberturas num momento em que todo o sistema passava pelo maior estresse da história de sua estrutura, uma temeridade cujos efeitos poderiam causar a quebra de empresas, principalmente as mais fragilizadas e, consequentemente, 5 milhões de beneficiários dessas empresas em linha d'água ficariam sem cobertura. Citando o problema de uma operadora de Manaus que solicitou recuperação judicial, afirmou que outros passariam pelo mesmo problema caso a percepção de proteção de consumidor fosse na ordem de suspensão de reajuste. Criticando a utilização do termo falso coletivo como forma de carimbar os Planos de Saúde de Pequenas e Médias Empresas - PME, observou que os consumidores estavam comprando muito mais produtos PME pequenos do que planos individuais pela simples razão de que a oferta de individuais era muito limitada, em virtude de inúmeras operadoras que saíram desse mercado devido à vinculação ao reajuste, o que, aparentemente, parecia bom para o consumidor, mas não o era para os negócios e, portanto, as empresas não se sustentariam com aquele nível de reajuste. Conceituando como vício de origem a forma utilizada como comparação do reajuste, sugeriu às entidades de defesa do consumidor que, em suas comparações, fizessem pesquisas entre os preços médios de produtos individuais e os preços médios dos produtos PME, indicando que, evidentemente, era preferível comprar um produto com reajuste mais alto num preço mais competitivo do que o reajuste mais baixo no preço mais caro, ou seja, na sua opinião, era melhor um reajuste realista que mantém a carteira equilibrada do que um reajuste equalizado nacionalmente de um produto mais caro. Nesse prisma, duvidou que alguém pudesse dar um exemplo de sistema de controle de preços de reajustes que tivesse funcionado e aumentado a oferta de produtos para os consumidores e, dessa forma, frisou a importância da competividade para o equilíbrio do mercado, observando que mercado de PME era altamente competitivo e o que mais crescia. O Sr. **Luis Carlos de Oliveira** (Força Sindical) registrou que a titularidade da Força Sindical na CAMSS continuava com o Sr. Luiz Alberto Catanoso e que ele acabara de assumir a cadeira de suplente, já tendo atuado na Câmara de Saúde Suplementar como represente titular algum tempo atrás. Disse que o assunto debatido remetia a uma antiga reivindicação das centrais sindicais e dos trabalhadores, no sentido de que a ANS passasse a regular os planos coletivos, por entenderem que essa diferenciação do plano individual gerava fraudes pelos planos falsos coletivos, criados justamente como forma de se esquivarem da regulação. Referindo-se ao apontamento do representante da FenaSaúde, reforçou que as pessoas não estavam comprando planos individuais em virtude das dificuldades de oferta desse produto, sugerindo à ANS que realizasse uma pesquisa que evidenciasse essas dificuldades. Complementou que, atualmente, um gerenciador de planos coletivos tinha menos poder de negociação do que uma pessoa individualmente, pois sofria forte pressão por parte dos trabalhadores para manutenção do convênio médico, o que era agravado pela ausência de amparo, por exemplo da ANS, no momento da aplicação do reajuste dos planos coletivos pelas operadoras. Reforçou a importância de que o tema entrasse realmente em pauta para continuidade da discussão. Disse entender como negativa a utilização do termo beneficiário por não configurar a realidade, vez que os planos de saúde eram pagos e, portanto, a pessoa era de fato um usuário. Também observou que, devido ao momento de pandemia e a necessidade de manutenção de seus planos de saúde, as pessoas estavam muitas vezes deixando de comprar alimento para pagar suas mensalidades. Quanto aos problemas econômicos persistentes, conceituou ser fundamental investir para agilizar a

vacinação em massa da população, essencial para que o brasileiro pudesse voltar às suas atividades e, consequentemente, a normalização da situação econômica. Esperando ter contribuído, agradeceu a oportunidade de manifestação e a possibilidade de participação da Força Sindical na CAMSS. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) disse ao Sr. Carlos Oliveira que ele não precisava agradecer, vez que a Força Sindical tinha seu assento garantido na CAMSS e o direito de contribuir e ajudar a fazer uma saúde suplementar melhor, mais adequada e mais equilibrada. O Sr. **Denilson de Souza Freitas** (Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor - MPCon) agradeceu e parabenizou as falas dos que o antecederam, especialmente da Senacon pela exposição, do MPF e do Nudecon/RJ, dizendo que a questão do reajuste era algo que já incomodava há algum tempo, tanto que o MPCon recorreu à ANS na tentativa de buscar uma solução negociada e a informação era de que o segmento estava em ordem, sólido, sem nenhuma operadora em solvência, nenhum prestador de serviços inadimplente e um aumento no número de usuários na comparação entre os meses iniciais de 2020 e 2021. Criticou que essa análise verificava apenas um dos lados do setor, não aprofundando a apreciação do lado do consumidor, mais frágil e vulnerável da relação, lembrando que o Artigo 5º, Inciso 32, da Constituição Federal estipula ao Estado a promoção da defesa do consumidor, configurando não apenas um direito, mas uma obrigação vinculante de proteção do consumidor. Argumentou que os aumentos retomados no início de 2021 não observaram a real situação dos consumidores, principalmente as externalidades negativas dessa medida e nem mesmo as assimetrias de informação consideradas falhas de mercado. Destacou que, da mesma forma, esses reajustes não levaram em conta que o aumento do número de beneficiários se deu em função de um importante incentivo que foi a situação pandêmica e o medo de ficar sem um leito para tratamento nesse momento trágico. Registrou que houve um aumento significativo das reclamações, o qual poderia ser confirmado nas plataformas como a do consumidor.gov, a do Instituto de Defesa do Consumidor - IDEC, dos Procons, especialmente o de São Paulo, indicando que algo não estava andando bem. Sem de forma alguma criticar as restrições sanitárias, por serem realmente necessárias, apontou que o consumidor enfrentava o pior momento da pandemia com restrições mais severas no exercício de atividades comerciais e laborativas, que implicam em redução de renda para diversas classes sociais, com relatos de consumidores que estavam privilegiando o pagamento da mensalidade do seu plano em prejuízo do próprio sustento e de sua família. Sinalizou que, em breve, os consumidores acabariam deixando o setor privado e migrando para o público, sobrecarregando o SUS, característica externalidade negativa. Acrescentou o fato de que a saída desse consumidor ou de um número significativo de beneficiários traria consequências para as próprias operadoras, com a redução de receitas. Diante das falhas de mercado apontadas, especialmente a assimetria de informações e as externalidades negativas, indicou que a atual situação gravosa exigia medidas mais urgentes e excepcionais e impunham a necessidade de uma intervenção mais efetiva por parte do Estado. Disse que, analisando os dados disponibilizados no site da ANS, constatou-se o aumento do número de beneficiários e que a inadimplência se manteve muito próxima da sua média histórica e, de outro lado, observou-se que muitos procedimentos foram suspensos, até para garantir o atendimento prioritário dos casos de Covid, e muitas pessoas que evitaram os tratamentos e consultas como forma de se proteger. Completou que o número de atendimentos em diversas áreas da saúde suplementar foi reduzido, principalmente no início do segundo semestre do ano passado, acarretando, com certeza, em menores despesas. Ressaltou que, por ocasião da Nota Técnica nº 4, da Diope, o índice de sinistralidade e o índice combinado eram os menores da série histórica e a NT falava que, apesar da crise de saúde, as operadoras apresentavam os melhores indicadores da última década até o segundo trimestre de 2020, apontava a necessidade de monitoramento do setor e a possibilidade de adoção de medidas excepcionais e concluía que: “no aspecto econômico-financeiro de forma agregada, o setor até o momento se mantém sólido e, no geral, em condições melhores do que antes da pandemia”. Inseriu que, na mesma linha, a Nota Técnica nº 13 apontou que a despesa média por beneficiário encerraria o ano de 2020 com queda de 3,5% em relação ao ano anterior e que a sinistralidade total ficaria também em 5,8 pontos percentuais abaixo do resultado de 2019, ou seja, sinalizava uma alta probabilidade de ajuste negativo para o período 2021 e 2022. Disse que, além dessa solidez das operadoras, foi verificada uma reação com as ações que estavam sendo ajuizadas no sentido de levar a resultados que afastem os reajustes e até mesmo haja devolução de valores, indicando que a solução deve ser tratada dentro do setor e não por conta de um resultado de outra esfera. Ponderou que tudo deveria ser medido de maneira a garantir a eficiência do segmento e, principalmente, a defesa dos consumidores, chegando-se a uma solução adequada e justa que atenda não apenas à dimensão econômica do problema, mas que analise a multidimensionalidade

da relação contratual da saúde suplementar. Frisou que a solução precisava ser breve ou que fosse suspensa a aplicação dos reajustes até que a solução fosse negociada. Reconheceu que ANS vinha agindo de acordo coma regulação existente, contudo, o atual sistema normativo não foi pensado para a gravidade do momento, sinalizando que era preciso agir de forma diferenciada, obviamente, não em desacordo com a lei, mas utilizando-se dos princípios constitucionais conforme as teorias hermenêuticas em benefício da sociedade, pois, a calamidade que assolava exigia a adoção de uma postura que garanta a preservação dos direitos fundamentais, especialmente a imperiosa defesa dos consumidores. O Sr. **Anderson Antônio Monteiro Mendes** (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas) disse que tinha muita tranquilidade para falar sobre o tema, considerando que o segmento de autogestão era, exclusivamente, sem fins lucrativos, fato que traduzia a ausência de interesse em buscar lucros nos reajustes, não obstante a Unidas entende-se que a lucratividade fazia parte do jogo comercial como algo absolutamente natural. Trouxe à luz a questão da responsabilidade dos gestores na aferição dos cálculos atuariais, haja vista que os reajustes eram feitos com base em cálculos técnicos que variavam muito a depender dos grupos, logo, havia aqueles em que a sinistralidade cresceu muito no período de 2019, outros que receberam um reajuste maior, outros menores, por isso, criticou o fato de que algumas questões pontuais de contratos, muitas vezes, eram admitidas como uma verdade para todo o setor sem levar em conta essas diversidades. Observou que o pior para o beneficiário era não conseguir o atendimento e não ter um plano sustentável pelo tempo, portanto, era fundamental a responsabilidade de garantir do atendimento. Registrou que os planos de saúde não se furtaram a fazerem tudo o que deveria ser feito na pandemia, como ampliações, parcelamentos de mensalidades de beneficiários e até transferência de paciente de UTI aérea sem cobertura, configurando um grande esforço das operadoras para que o número de beneficiários fosse mantido, ações que poderiam ser demonstradas. Disse que aumentar a carteira de beneficiários era tudo que desejava um gestor de planos de saúde, principalmente do segmento de autogestão. Reforçou que o reajuste fazia parte de uma regra técnica própria ANS, logo, as empresas que se tornassem insustentáveis, estariam submetidos à direção fiscal, fechamento da carteira, tombamento, fechamento da empresa, etc. Concluindo pontuou duas questões já colocadas pelos colegas da CAMSS. A primeira de que, embora a saúde fosse o mercado mais utilizado e importante naquele momento, talvez, fosse o mercado com o menor reajuste, refletindo em 2021 a sinistralidade de 2020. A segunda de que, mais importante do que ficar limitado à trincheira da discussão de controle do reajuste, seria criar movimentos para entender o motivo de reajustes tão altos e uma saúde tão cara, cada ano mais, assim, alertou para a necessidade de discussão mais ampla, abarcando todos os porquês, a exemplo das incorporações, das demandas demográficas, da seleção adversa, dentre outros. Opinou que barrar reajuste não iria resolver o problema, pelo contrário, empurraria reajustes maiores para os períodos seguintes, provocaria o fechamento de empresas e dificuldades para os beneficiários contratarem planos de saúde em algumas localidades, até porque se essas pequenas empresas fechassem não haveria alternativas, pois trata-se de Unimeds, autogestões e santas casas exclusivas daquela região e, portanto, se a suspensão fosse aplicada para todos, muitos justos poderiam pagar um preço que não conseguirão reaver, trazendo o maior prejuízo ao beneficiário, o de não ter atendimento. O Sr. **Carlos Antonio Pereira** (Associação dos Pacientes Renais e Transplantados de Mato Grosso - Apret) comentando que lhe chamou a atenção a utilização do termo falso coletivo, termo desconhecido pela sua ótica da área do direito, disse que tudo que era falso não tinha validade e, portanto, lhe causava insegurança. Considerando as médias de 4% de judicialização e de 48 milhões de beneficiários de planos ativos, disse que, talvez, essa judicialização fosse justamente devido a esse tipo de planos pela falsa expectativa das pessoas em terem um plano de saúde, mas não encontrarem a necessária estrutura quando precisam utilizar, problema que precisava ser combatido definitivamente, inclusive com as devidas proteções nos termos dos contratos que deveriam ser mais específicos. Concordou com o representante da Força Sindical no sentido de que não era correta a denominação "beneficiários", mas sim usuários de planos de saúde, por tratar-se de serviços pagos e não benefícios concedidos. Ressaltou que a judicialização era fruto da não observação dos direitos dos usuários em usufruir daquilo que contrataram. Comentou que as pequenas empresas localizadas no interior, a exemplo das Unimeds, já sabiam das dificuldades dos usuários e que os grandes grupos da saúde suplementar não tinham interesse em ir para essas localidades. Reforçando que as pessoas estavam deixando de pagar outras despesas, até mesmo de alimentação, para manterem seus planos de saúde, enfatizou que era fundamental verificar se um reajuste seria realmente possível no momento. Nesse sentido, pensando na judicialização e em a que custo a operadora passa por isso, insistiu que se refletisse

se o setor estava realmente preparado para esse aumento naquele momento de pico da pandemia. Falou também sobre a seleção adversa, que causa ainda mais judicialização, e a necessidade de o setor e ANS estarem firmes e preparados para o que ainda iria acontecer, que esse deveria ser o foco. Por fim, reiterou a necessidade de se acabar com o termo falso coletivo em busca de algo verdadeiro, que confira segurança à garantia dos direitos dos usuários que, por terem adquirido um plano de saúde privado, não poderiam, de forma alguma, depender do SUS. Agradeceu a oportunidade de manifestação. A Sra. **Teresa de Souza Dias Gutierrez** (Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp) reiterou o pedido da Anahp, que seria formalizado por ofício, de realização de audiência pública para alteração da rede hospitalar, proposta também colocada por outras entidades. Enfatizou que aquele seria um ambiente extremamente relevante e construtivo, em especial no que se referia aos critérios geográficos e à questão da qualidade. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) pelo adiantado da hora e não tendo mais inscritos para os comentários sobre a relevante apresentação trazida pela Senacon, que contou com ampla participação dos membros presentes, agradeceu enormemente por todo o rico debate naquela reunião, demonstrando o verdadeiro espírito de contribuição e participação que se espera de uma câmara consultiva para os diretores de uma agência reguladora. Colocou a certeza de que todos os diretores da ANS saíam dali com uma grande carga de informações, conteúdo que os auxiliaria a formarem suas convicções sobre determinado assunto e, da mesma forma, a equipe técnica da Agência que acompanha as reuniões da CAMSS. Externou a solidariedade da ANS naquele momento extremamente difícil, fosse em razão da sensibilidade aumentada ou pelas dolorosas perdas. Pediu que todos se cuidassem, usassem máscara e, dentro do possível, fizessem o distanciamento social. Agradecendo a todos pela participação, deu por encerrada a 105ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

5. APROVAÇÃO

5.1. Registre-se que no dia 12/8/2021, a minuta desta Ata foi enviada, por e-mail, a todos os membros da CAMSS, ficando disponível para considerações e eventuais alterações até o dia 17/8/2021. Após serem parcialmente acatadas as sugestões de alteração apresentadas pela FenaSaúde, a Ata da 105ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar foi considerada tacitamente aprovada por todos os membros da CAMSS e, tendo em vista a nova dinâmica das reuniões - via online, será assinada eletronicamente pelos diretores da ANS. Após a assinatura eletrônica, o presente documento ficará disponível no portal da ANS (www.ans.gov.br), juntamente com a gravação da reunião.

5.2. Segue a presente Ata de Reunião para assinatura eletrônica dos Diretores da ANS.

Documento assinado eletronicamente por **Rogério Scarabel Barbosa**, **Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos**, em 25/08/2021, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra**, **Diretor(a) de Desenvolvimento Setorial (Substituto)**, em 25/08/2021, às 11:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Martins Rodrigues**, **Diretor(a) de Gestão (Substituto)**, em 27/08/2021, às 11:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Mauricio Nunes da Silva**, **Diretor(a) de Fiscalização (Substituto)**, em 29/08/2021, às 16:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, **Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 16/09/2021, às 14:05, conforme horário oficial de

Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade, informando o código verificador **21775332** e o código CRC **E67EBF1A**.

Referência: Processo nº 33910.019022/2020-91 SEI nº 21775332