



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Ata da 99ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Data: 10/9/2019

Local: Windsor Hotel Florida, Salas New York I e II, Rua Ferreira Viana nº 81 -
Flamengo - Rio de Janeiro

1 **ABERTURA** – No dia 10 de setembro do ano de 2019, às 14 horas, no Windsor
2 Hotel Florida, Salas New York I e II, situado à Rua Ferreira Viana nº 81 -
3 Flamengo, na cidade do Rio de Janeiro, teve início a 99ª Reunião Ordinária da
4 Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), órgão integrante da Agência Nacional
5 de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos
6 do Parágrafo Único, do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de
7 2000, combinado com o artigo 4º, da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A
8 reunião foi presidida pelo Sr. **Leandro Fonseca da Silva**, Diretor-Presidente da
9 ANS e Diretor de Gestão da ANS, estando presentes os membros titulares e
10 suplentes, conforme lista de presença anexa. Estavam também presentes na
11 reunião o Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, Sr. **Paulo**
12 **Roberto Vanderlei Rebello Filho**; o Diretor de Desenvolvimento Setorial da
13 ANS, Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar**; e a Diretora de Fiscalização da ANS,
14 Sra. **Simone Sanches Freire**. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-
15 Presidente da ANS) deu início à reunião, cuja pauta teve a seguinte dinâmica: 1
16 - **Abertura**; 2 - **Apresentações e Debates**; e 3 - **Encerramento**. Inicialmente,
17 cumprimentou a todos e lembrou a campanha Setembro Amarelo, de
18 conscientização e prevenção contra o suicídio. Informando que aquela reunião
19 também estava sendo transmitida pela internet, via *Periscope*. pediu à Sra.
20 **Simone Sanches Freire**, Diretora de Fiscalização da ANS e Secretária daquela
21 reunião, que procedesse os informes gerais. A Sra. **Simone Sanches Freire**
22 (Diretora de Fiscalização da ANS) também desejando boas-vindas aos
23 presentes, registrou que a lista de eventos previstos da ANS, os normativos
24 publicados desde a última reunião da Câmara de Saúde Suplementar e o link
25 para o acompanhamento da Agenda Regulatória da ANS de 2019/2021 foram
26 encaminhados aos membros da CAMSS, por e-mail, no dia 3/9/2019 e, caso
27 alguém não tenha recebido, pode recorrer à organização da Câmara. Informou
28 que não houve pedido de alteração da Ata da 98ª Reunião da CAMSS, portanto,
29 aprovada e disponível para assinaturas. Informou ainda sobre as alterações dos
30 seguintes representantes da CAMSS, nomeados pela Portaria 10.526, de
31 4/9/2019: pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde -
32 Conasems, Sr. Nilo Brêtas Junior, como titular, e Mauro Guimarães Junqueira,
33 como suplente; e pela Confederação Nacional da Indústria - CNI, Rogério
34 Oliveira de Castro Vieira, como suplente. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva**

35 (Diretor-Presidente da ANS) solicitou ao Sr. **Mauricio Nunes da Silva**, Diretor-
36 Adjunto de Normas e Habilitação dos Produtos, que fizesse o informe da DIPRO.
37 O Sr. **Mauricio Nunes da Silva** (Diretor-Adjunto de Normas e Habilitação dos
38 Produtos) informou que a DIPRO daria início em setembro à realização de
39 reuniões para promover diálogos acerca de alguns temas da Agenda
40 Regulatória, dos quais foram escolhidos seis temas integrantes da agenda da
41 DIPRO, alguns, inclusive, advindos da Consulta Pública, quando se abriu o
42 debate para a Agenda. Explicou que a ideia inicial é começar a debater esses
43 seis temas com grupos formados pelas entidades que compõem a Câmara de
44 Saúde Suplementar e outras que representam a sociedade em geral, que
45 receberiam os convites em breve. Informou que já havia a seguinte previsão de
46 datas: 18/9 com as entidades que representam asadoras; 19/9, com as
47 entidades que representam os órgãos de defesa do consumidor; 20/9, com
48 investidores; 24/9, com prestadores e entidades médicas; e 25/9, com
49 contratantes. Complementou que, a partir destas reuniões, haveria um
50 desdobramento em outras etapas: num primeiro momento, será feita uma
51 apresentação geral dos temas, abrindo a possibilidade para os participantes
52 levarem algumas contribuições iniciais; num segundo momento, será aberto um
53 período para recebimento de contribuições por formulário e o atrelamento de um
54 problema central àqueles seis temas disponíveis, amarrando as causas e
55 consequências, com a finalidade de criar, a princípio, uma árvore de problemas
56 para dar início ao debate sobre as medidas normativas; na sequência, a Agência
57 fará a análise qualitativa e quanti-qualitativa dessas contribuições e, a partir
58 disto, elaborar as Notas Técnicas Temáticas; também a partir dessas análises,
59 serão realizadas reuniões separadas por temas; e, em seguida, as demais
60 etapas do processo, quais sejam definição do problema regulatório (causas e
61 consequências), Análise do Impacto Regulatório - AIR e processos de
62 participação social (Audiências e Consultas Públicas). Por fim, reforçando que
63 todas as entidades receberiam o convite para participação, informou que estes
64 estão sendo encaminhados pelo e-mail da DIPRO, sendo responsável pela
65 organização a Sra. Juliana Dib, contato juliana.dib@ans.gov.br, e que, como o
66 cadastro que está sendo utilizado é o da Secretaria da CAMSS, seria importante
67 os membros informarem caso tenha havido alguma alteração em seus e-mails.
68 O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da ANS) seguiu para o

69 item 2 da Pauta - Apresentações e Debates, convidando a Sra. Ana Paula Silva
70 Cavalcante, Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial
71 - GEEIQ, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS para fazer a
72 apresentação acerca do II Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde
73 Suplementar. A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS),
74 inicialmente, fez um resumo dos assuntos apresentados e debatidos no II Fórum
75 ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar, a saber: sobre o
76 lançamento da fase 3 e abertura das inscrições, até o dia 31/10/2019, para as
77 operadoras inscreverem seus projetos relativos a Modelos de Remuneração
78 baseados em valor, cujo link encontra-se disponível no site da ANS e para o que
79 a Agência convida a todos a participarem, inclusive solicitando que as
80 representações de operadoras propaguem junto as suas afiliadas; divulgação
81 dos indicadores e as novas regras para o Índice de Desempenho da Saúde
82 Suplementar – IDSS / Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar
83 – TISS / 2020; sobre a Certificação em Boas Práticas em Saúde - APS - fechado
84 um acordo de colaboração com o Hospital Oswaldo Cruz e com o Instituto
85 Americano de Qualidade - IHI, com vistas a auxiliar as operadoras a se preparem
86 para uma futura certificação, através do acompanhamento dos projetos-piloto
87 utilizando a expertise dessas duas instituições somada à da Sociedade Brasileira
88 de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC; sobre o trabalho empreendido
89 também para Certificação em Oncologia, outra área sensível na saúde
90 suplementar; e sobre a parceria com o Hospital Moinhos de Vento, na qual está
91 sendo desenvolvido, por especialistas que estudaram os principais indicadores
92 do mundo, um consórcio de indicadores nacionais hospitalares, através da
93 seleção de um conjunto de indicadores gerais e um conjunto de indicadores
94 específicos por linha de cuidado, a serem utilizados por grupos de hospitais
95 brasileiros, públicos ou privados. Na sequência, passou ao item de pauta 2.2 -
96 Programa de Atenção Primária à Saúde - APS: Projetos-piloto, reforçando tratar-
97 se de uma iniciativa desenvolvida pela ANS, que propõe, como um grande
98 desafio, estimular a implantação de um modelo, ainda pouco disseminado na
99 saúde suplementar, para reorganização da porta de entrada do sistema com
100 base em cuidados primários à saúde visando mudar o modelo assistencial.
101 Reiterou a importância da indução à APS e apontou os principais problemas
102 identificados no cuidado à saúde no setor suplementar: porta de entrada

103 basicamente urgência e emergência, sem coordenação do cuidado; sistema
104 desarticulado, fragmentado, baseado em especialistas, caro e pouco resolutivo,
105 com serviços de saúde orientados para atendimento de casos agudos e itinerário
106 terapêutico desorganizado, considerando que este itinerário acaba sendo feito
107 pelo próprio beneficiário sem uma equipe de referência. Demonstrando que na
108 saúde suplementar a população idosa corresponde a 13,7%, sendo que do total
109 de beneficiárias do sexo feminino 15,3% são idosas e do percentual de
110 beneficiários masculino 11,9% são idosos, alertou para a questão da transição
111 demográfica no Brasil, a qual, se mantido o atual cenário, a partir de 2020
112 apresentará uma proporção de idosos maior do que a proporção na média da
113 população mundial. Acrescentou que há também a questão da transição
114 epidemiológica, onde antigamente o acometimento e morte se dava mais por
115 doenças agudas e atualmente por doenças crônicas não transmissíveis.
116 Complementou dizendo que a soma de todos esses problemas torna o sistema
117 insustentável tanto do ponto de vista da saúde como sob a ótica econômico-
118 financeira e, assim, frisou que a proposta da ANS sobre o programa de APS é
119 de que o beneficiário ou paciente permaneça no sistema de forma longitudinal,
120 com cuidado integral e coordenado, através de uma equipe de referência que o
121 atenda ao longo de sua vida. Demonstrando a figura da *Metáfora da Casa*,
122 apresentada por Mendes (Conass, 2015), sobre a construção social da Atenção
123 Primária à Saúde, argumentou que os pacientes entram e não saem da atenção
124 domiciliar, ainda que, em determinado momento, precisem recorrer a um
125 procedimento de alta complexidade, estes retornarão ao acompanhamento na
126 atenção primária. Apontou que, embora esses estudos não sejam brasileiros e
127 não se possa fazer uma transposição direta da demanda para APS de um país
128 ao outro, considerando as diferenças em cada contexto, de carga de doenças,
129 culturais, de conformação da rede e históricas, estes estudos permitem estimular
130 de modo geral a expectativa de demanda por cuidados em saúde na atenção
131 primária, logo, estudos brasileiros devem ser feitos na busca de uma estimativa
132 local e mais atual. Acrescentou que o mais importante é a compreensão de que,
133 em uma população adscrita, apenas uma parte apresentará sintomas, um grupo
134 menor buscará um serviço médico e um subgrupo ainda menor apresentará
135 complicações que necessitarão de cuidados hospitalares. Quanto às
136 modalidades de adesão voluntária ao Programa APS, ressaltou as duas formas

137 de entrada: pela Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, para a qual
138 já existem três Entidades Acreditadoras reconhecidas pela ANS; e pelos
139 Projetos-Piloto, que, conforme já mencionado, serão feitos em parceria com o
140 hospital Oswaldo Cruz, com o IHI e com a SBMFC, através do Acordo de
141 Cooperação aprovado pela Diretoria Colegiada da ANS em agosto de 2019, cujo
142 objetivo é aprimorar o acesso à rede prestadora de serviços, qualificar a atenção
143 e melhorar a experiência do beneficiário, para o que será utilizado o modelo de
144 melhoria de qualidade do IHI, já exitoso, inclusive no nosso Projeto Parto
145 Adequado. Esclarecendo que, embora do ponto de vista técnico o ideal seria
146 estimular a adesão para toda a população adscrita a uma equipe de atenção
147 primária, faz-se necessário que o processo aconteça gradualmente, assim,
148 explicou que o Programa de Certificação foi dividido em três níveis: o primeiro
149 obrigatório a adultos e idosos; o segundo tem que incorporar crianças e
150 adolescentes e gravidez, parto e puerpério; e o terceiro tem que incluir toda a
151 população da operadora. Acrescentou que, no Programa de Certificação,
152 também está definida a necessidade de uma equipe mínima de profissionais de
153 saúde e alguns requisitos básicos, cujo manual está disponível no site da ANS.
154 No que se refere aos objetivos do Programa de APS disse que não citaria todos,
155 mas consignou que, basicamente, o programa visa ampliar o acesso dos
156 beneficiários a médicos e equipes de generalistas, reduzir internações sensíveis
157 à atenção primária em saúde e reduzir a ida desnecessária à urgência e
158 emergência. Listou as metas do modelo integral que se pretendem atingir:
159 prioridade aos cuidados ambulatoriais e domiciliares; equipes multiprofissionais
160 e multidisciplinares; cuidado abrangente, continuado e coordenado; organização
161 da rede assistencial com a APS como porta de entrada preferencial; promoção,
162 prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos; avaliação das ações
163 realizadas; incorporação de tecnologias em saúde baseadas em evidências;
164 adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências;
165 remuneração de serviços baseados em valor; e utilização de ferramentas em TI.
166 Ressaltou a importância de informatização dada a necessidade de mais
167 prontuários eletrônicos para uma melhor e maior avaliação do cuidado. Repetiu
168 que a atenção primária em saúde para o beneficiário de planos de saúde não é
169 obrigatória, respeitando-se sempre o que está acordado nos contratos, porém,
170 enfatizou que o que se espera é que a operadora ofereça e atraia esse

171 beneficiário através do bom cuidado. Frisou que os objetivos da certificação são
172 uma APS ordenadora da rede de atenção à saúde, com um conjunto de
173 prestadores vinculados entre si e a atenção integral e coordenação pela atenção
174 primária à saúde. Por fim, disse que a pretensão é de que a inscrição dos
175 projetos-piloto seja lançada antes de dezembro, reiterando o pedido, em especial
176 às operadoras, de que divulgassem essa informação e noticiou que o manual de
177 certificação está disponível no portal da ANS, associado há muitas informações
178 interessantes sobre o Programa APS. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-
179 Presidente da ANS) abriu espaço para os membros da CAMSS que quisessem
180 se manifestar acerca dos dois últimos itens de pauta apresentados, o II Fórum
181 ANS sobre qualidade da Atenção na Saúde Suplementar, em geral, e o
182 Programa de Atenção Primária à Saúde – APS, em particular. O Sr. **José**
183 **Cláudio Ribeiro Oliveira** (Cooperativas de Serviços Médicos - Unimed do 
184 Brasil), parabenizando pela apresentação, registrou que no sistema Unimed já
185 há projetos relativos à atenção primária em saúde há algum tempo e,
186 considerando que uma das principais dificuldades enfrentadas desde o início tem
187 sido a falta de profissionais com formação generalista, questionou se, nas
188 parcerias que a ANS está fazendo, a exemplo do Hospital Oswaldo Cruz, existe
189 algum incentivo para a qualificação de médicos com esse mister. A Sra. **Ana**
190 **Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS) respondeu que, prevendo o
191 número reduzido de médicos generalistas, a Certificação do Programa APS
192 permite a utilização do médico com residência em clínica médica que passe por
193 uma capacitação específica para trabalhar como médico de família e
194 comunidade, sendo que ainda não foi estabelecido um currículo mínimo
195 necessário para estes cursos, sobre o que a SBMFC está trabalhando.
196 Esclareceu que a ANS tem incentivado sim a abertura de mais residências para
197 esta especialização, que caracteriza uma necessidade premente, mas a Agência
198 não tem competência direta e, por isso, a discussão com outros parceiros,
199 ademais já há notícias de operadoras que formam seus próprios clínicos para
200 trabalharem como médicos de família e comunidade e de cursos e residências
201 sendo abertos, inclusive em hospitais privados. O Sr. **Paulo Rogerio Santini**
202 **Gabriel** (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e entidades
203 Filantrópicas – CMB) também parabenizou pela apresentação e ao Diretor da
204 DIDES pelo Programa APS, que tem sido muito bem conduzido. Colocou uma

dúvida quanto a amostragem para a Certificação, salvo engano, estipulada a 10% da população, perguntando se existe a possibilidade de que o atingimento desses 10% seja feito de forma paulatina para servir como incentivo às operadoras a efetuarem essa mudança, revertendo essa pirâmide cultural do especialista para a atenção primária à saúde, que é, de fato, um caminho a ser seguido. Disse que esse movimento da ANS será apoiado e divulgado por eles.

A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS) esclareceu o percentual de 10% foi estipulado com base na maior operadora das que existiam naquele momento e que, obviamente, todas as operadoras precisarão do mínimo necessário de uma equipe, no entanto, para uma operadora muito pequena, com por exemplo 3.750 beneficiários, foi aberta a possibilidade de cobrir 70% de sua população e com apenas uma equipe ela consegue cobrir esse percentual. Explicou que a proporção vai diminuindo à medida em que aumenta o número de beneficiários, claro, aumentando o número de equipes, o que só começa a acontecer a partir de aproximadamente 19 mil vidas, cálculo feito através de uma função logarítmica. Informou que foi escalonado para que as operadoras, no primeiro ano, façam apenas metade da cobertura e colocou a equipe da DIDES à disposição para dirimir quaisquer dúvidas sobre esses cálculos. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) completou ser fundamental pontuar as duas vertentes do programa: a primeira pela certificação, mais audaciosa, que tem como pressuposto uma cobertura bastante significativa do número de beneficiários, tendo em vista que não basta ter um programa voltado a um nicho ou um grupo pequeno de beneficiários, a ideia é induzir uma completa mudança no modelo de assistência; e a outra, pelos projetos-piloto, conduzidos com o apoio do Hospital Oswaldo Cruz, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC e o IHI, permitindo que aquelas operadoras que ainda não estão devidamente estruturadas para obterem a Certificação possam participar do programa e, ao longo do tempo - provavelmente 18 meses, conforme prevê a metodologia do IHI - estejam aptas a se submeterem à avaliação da Entidade Acreditadora e, assim, obterem a Certificação. Enfatizou que a ANS, entendendo o período de transição, foi bastante flexível quanto à cobertura para a Certificação, que deveria ter sido ainda maior, no entanto, a própria mesa de Diretoria Colegiada da ANS, a partir de uma manifestação da Diretora de Fiscalização, aprovou a redução de 50% no primeiro

239 ano para cumprimento da cobertura como forma de maior incentivo a que as
240 operadoras possam aderir mais de imediato e depois consigam cumprir as
241 demais metas e objetivos do programa. O Sr. **Marcelo Campos Oliveira**
242 (Ministério da Saúde) externou, em nome do Ministério da Saúde, a satisfação
243 de participação na CAMSS e, coadunando com a ideia de fortalecimento da
244 atenção primária, parabenizou a ANS, que também tem muito a contribuir com a
245 saúde pública brasileira. Colocando uma preocupação relativa à formação da
246 rede de maneira que a assistência não fique fragmentada e se possa atender à
247 demanda num tempo mais exíguo possível, perguntou se há algum estudo sobre
248 os prazos legais para atendimento quando um paciente passar pela atenção
249 primária e tiver com uma patologia que não seja uma urgência, mas que não
250 permita uma demora. Frisou que não defende o atendimento fragmentado por
251 especialidade, mas, como ortopedista, entende que muitas vezes o acesso direto
252 ao especialista pode ser um pouco mais resolutivo, principalmente com relação
253 ao tempo. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento
254 Setorial da ANS) respondeu que já existe um normativo que estabelece prazos
255 máximos de atendimento para qualquer que seja o modelo de atenção da
256 operadora. Completou que a Agência recebeu muitas contribuições,
257 especialmente das operadoras, demandando que esse prazo máximo de
258 atendimento não se coadunaria com um modelo de atenção primária à saúde,
259 entretanto, na avaliação da ANS, os prazos são até razoáveis para este fim e,
260 num primeiro momento, entende-se necessário manter a coexistência desses
261 dois instrumentos, até porque ainda não há dados suficientes sobre a
262 implementação do programa no setor, logo, ele vai ter que ser submetido aos
263 prazos máximos de atendimento para que, ao longo de sua execução, seja
264 identificada eventual necessidade de ajuste dos prazos ao modelo de atenção
265 primária. O Sr. **Sidney Rosa da Silva Júnior** (Entidade de Defesa do
266 Consumidor – MPCCon) parabenizando a apresentação e a Diretoria da ANS, fez
267 duas indagações com relação à iniciativa da Agência de incentivar a utilização
268 do prontuário eletrônico: a primeira, se já há algum estudo ou avanço de
269 pensamento no que se refere à interface com a Lei Geral de Proteção de Dados
270 Pessoais - LGPD e se isso gerará algum tipo de regulação específica; e a
271 segunda, também considerando a referida lei, sobre o direito do consumidor de
272 levar esse prontuário eletrônico integrado de uma operadora para outra e qual



será o tipo de acesso que o empregador terá sobre esse prontuário eletrônico. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) registrou que esse é outro tema sobre o qual a ANS tem total interesse e necessidade de atuar da forma mais rápida possível. Explicou que o prontuário eletrônico, que até então vinha sendo chamado de Registro Eletrônico em Saúde mas pode sofrer modificação de nomenclatura, está sendo trabalhado dentro da estratégia do e-Saúde e a Agência vem compartilhando e participando dessa estratégia nacional, levando ao Ministério da Saúde sua avaliação, justamente, sobre como deve haver uma conformidade entre as iniciativas que estão sendo desenvolvidas no âmbito da estratégia da saúde e a Lei Geral de Proteção de Dados. Esclareceu que não há dados concretos devido à necessidade de interação com a Autoridade Nacional de Proteção de Dados, que ainda está sendo constituída, mas a DIDES já está promovendo estudos internos que pretende submeter, ainda este ano, à Diretoria Colegiada a fim de que, assim que essa autoridade for constituída, a ANS possa apresentar sua visão sobre as necessidades de eventuais detalhamentos da legislação para fins de cumprimento das particularidades do setor de saúde complementar com a expectativa também de que, até a vigência da lei em agosto de 2020, possa ser levada ao Ministério da Saúde uma posição institucional da Agência, dentro da estratégia do e-Saúde. Acrescentou que se pretende ainda fazer uma rodada de conversa com os representantes do setor para recebimento de contribuições e prestação de eventuais esclarecimentos sobre o cumprimento da LGPD, muito por conta dessa questão do prontuário eletrônico, que tem como premissa a portabilidade. Por fim, reforçou que a questão dos acessos que serão permitidos precisa ser devidamente identificada, bem como a questão do consentimento que, de acordo com a lei, deve ser do próprio indivíduo, porém existem ressalvas quanto ao setor de saúde. A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS) complementando a fala do Diretor de Desenvolvimento Setorial, registrou a diferenciação de que o Registro Eletrônico em Saúde é um conjunto de dados mínimos, que teriam um repositório nacional, podendo ser levado para uma outra instituição se assim o paciente o quiser, enquanto que o prontuário eletrônico pura e simplesmente já é amplamente utilizado no setor de saúde, é a substituição do papel para o formato eletrônico. Comentou que existem vários tipos de prontuários eletrônicos comercializados, inclusive o

307 Ministério da Saúde já tem o seu próprio, o e-SUS da atenção básica, que é
308 simplesmente o registro da internação, procedimento ou consulta, para o que já
309 há normas muito rigorosas em relação a sigilo etc. O Sr. **Emmanuel de Souza**
310 **Lacerda** (Confederação Nacional da Indústria – CNI) fez o registro de que o setor
311 contratante acredita muito na questão da atenção primária, cujos resultados são
312 evidentes e os primeiros passos são importantes para que, de fato, se mude e
313 melhore o modelo assistencial, respeitando-se obviamente as velocidades e
314 tempestividades da assistência. Em linha com a pergunta anterior, porém com
315 outra nuance, questionou, na portabilidade do prontuário eletrônico do ponto de
316 vista do contratante que coloca esse produto à disposição aos beneficiários, uma
317 vez consolidada uma jornada desses beneficiários na atenção primária, como
318 essa questão está sendo pensada na Certificação para que não haja perda da
319 qualidade do serviço dessa atenção primária do beneficiário que está migrando
320 para um outro contrato. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de
321 Desenvolvimento Setorial da ANS) respondeu que a ANS vem trabalhando com
322 a lógica de edição de manuais e orientações com o objetivo de uniformizar as
323 práticas do setor para que haja menos perdas, em especial, quando há migração
324 em massa de beneficiários para outra operadora, então, a ideia é justamente
325 que, a partir do momento em que o modelo esteja devidamente disseminado no
326 setor, a mudança de uma operadora para outra seja menos dolorosa porque as
327 práticas serão muito semelhantes já que os requisitos e itens a serem cumpridos
328 são os mesmos. Perguntou se a Sra. Ana Paula Cavalcante gostaria de
329 acrescentar algo. A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS)
330 considerou importante reforçar que a certificação não é para produtos, mas para
331 o conjunto dos beneficiários de uma operadora qualquer que seja o produto ao
332 qual estejam vinculados, ressaltou que, apesar de muitas operadoras já
333 trabalharem com produtos formatados para a atenção primária, que possuem
334 uma micro regulação com previsão de uma porta de entrada específica, o
335 número desses produtos não seria suficiente para cobrir a população exigida na
336 Certificação, logo, o objetivo é o de realmente mudar o modelo assistencial.
337 Reiterando que a atenção primária colocada pelo programa não é obrigatória,
338 disse que a ideia é que se ofereça esse tipo de atenção ao cliente e ele, sendo
339 bem atendido, vai aderir como tem sido a experiência mundial. Quanto ao
340 prontuário eletrônico, disse ser um grande desafio, pois, embora pertença ao

Q

341 paciente, há que se pensar não apenas na atenção primária, mas em todos os
342 casos para que não se perca o histórico do paciente e com a LGPD a questão
343 se torna ainda mais rigorosa. O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas
344 de Serviços Odontológicos - Uniodonto), disse que seu pedido de esclarecimento
345 não era propriamente quanto ao tema, mas, aproveitando a presença da Sra.
346 Ana Paula Cavalcante, quis saber acerca da Acreditação das Operadoras, sobre
347 a qual se discutiu a substituição da RN nº 277, indagando em que estágio se
348 encontra. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da ANS), para
349 que não se perdesse o encadeamento, pediu que o esclarecimento sobre a
350 Acreditação fosse dado logo após o término do tema de APS. O Sr. **Marcelo**
351 **Campos Oliveira** (Ministério da Saúde) perguntou se, dentro do modelo de
352 atenção primária, obrigatoriamente a entrada será ordenada pelo médico de
353 família e comunidade, que fará o encaminhamento para o especialista, ou se
354 esse será um caminho alternativo. A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante**
355 (GEEIQ/DIDES/ANS) respondeu que a ideia é de que a equipe da atenção
356 primária ordene e encaminhe, no entanto, lembrou que, na saúde suplementar,
357 o que rege é o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e a liberdade
358 contratual, ou seja, se o beneficiário tem direito e quer fazer, por exemplo, uma
359 tomografia, ele poderá. Neste sentido, argumentou que é justamente por isso
360 que não se pôde trazer para o setor a APS clássica, tendo em vista a
361 necessidade em se quebrar algumas resistências, fazendo um trabalho, como o
362 que tem sido feito com o parto adequado, com a amamentação, com o
363 tabagismo, para que as pessoas entendam que ir direto a um especialista não é
364 o melhor cuidado. Assim, asseverou a importância de que a APS seja acolhedora
365 e resolutive, com horário de atendimento estendido, com rapidez - o manual da
366 APS prevê pontuação para esses itens - com estrutura para resolver de 70 a
367 80% dos casos, como diz a literatura, para que o beneficiário siga a
368 recomendação do seu médico e muito eventualmente recorra ao especialista ou
369 a urgência. O Sr. **Marcelo Campos Oliveira** (Ministério da Saúde), dizendo que
370 nem entraria no mérito de Serviço de apoio Diagnóstico Terapêutico / Exames,
371 mas considerando uma avaliação, por exemplo, com um ortopedista ou
372 neurologista, tornou a perguntar se a ideia é um modelo que restringe, no qual a
373 entrada tem, obrigatoriamente, que ser pela atenção primária. O Sr. **Rodrigo**
374 **Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) respondeu

GH

375 que houve o cuidado de se colocar no primeiro artigo da norma que o Programa
376 de APS é facultativo para o beneficiário, a adesão ao Programa não o vincula,
377 obrigatoriamente, a esse modelo, entretanto, os contratos podem prever uma
378 porta de entrada obrigatória como mecanismo de regulação assistencial. A Sra.
379 **Denise Torreão** (Conselho Nacional de Saúde) pediu que fosse o esclarecido
380 se os contratos que já estão vigentes podem sofrer modificação para tornar
381 obrigatória a porta de entrada. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de
382 Desenvolvimento Setorial da ANS), reiterando a característica facultativa de
383 adesão ao Programa de APS, esclareceu que os contratos vigentes
384 permanecem inalterados, a não ser que haja o aceite de alteração por ambas as
385 partes do contrato, o qual configura um negócio jurídico bilateral. Quanto ao
386 questionamento do Sr. Egberto da Uniodonto acerca da Acreditação, respondeu
387 que foi feita a análise da Consulta Pública, na qual foram recebidas muitas e bem
388 fundamentadas contribuições, em boa parte, aproveitadas e registrou que, por
389 ser uma norma muito densa, o formato do Programa está sendo um pouco
390 modificado para torna-lo mais prescritivo com o item da interpretação e as formas
391 de obtenção da evidência. A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante**
392 (GEEIQ/DIDES/ANS) detalhou que essas contribuições da Consulta Pública
393 sobre a Acreditação somaram mais de 600 apenas pelo sistema, sem considerar
394 e-mails e etc. e, como a maioria dessas contribuições muitas vezes não se
395 restringia a apenas um item, o processo de análise foi bastante complexo para
396 uma equipe enxuta. Disse que a avaliação está concluída para envio à
397 Procuradoria-Geral junto à ANS para posterior retorno à Diretoria Colegiada,
398 conforme o trâmite necessário. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de
399 Desenvolvimento Setorial da ANS) apoiou a ressalva de que a equipe é enxuta
400 para a quantidade de programas executados e que a DIDES está buscando
401 entregar um produto bastante completo e fundamentado, tentando observar
402 todas as vertentes de uma operadora, o que consequentemente acarreta em
403 mais tempo e trabalho, entretanto, acredita-se que, após pronto e aprovado pela
404 Diretoria Colegiada, configurará uma mudança significativa na condução desse
405 Programa, inclusive com a devida previsão de inclusão das odontologias. O Sr.
406 **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da ANS) passou para o item de
407 pauta 2.3 - IDSS/TISS, a ser apresentado também pela Sra. Ana Paula Silva
408 Cavalcante. A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS)

409 lembrou que o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS é uma
410 avaliação feita anualmente a posteriori sobre o ano anterior quanto ao
411 desempenho das operadoras, por meio de uma série de indicadores agrupados
412 em quatro dimensões. Explicou que, por conta da mudança de metodologia do
413 IDSS na qual, pela primeira vez, utilizou-se o Padrão de Troca de Informação de
414 Saúde Suplementar - TISS como fonte de dados para processar os indicadores,
415 que culminou em dois processamentos do ano base de 2017, houve um atraso
416 e somente naquela semana seria divulgado o resultado deste período, no
417 entanto, as regras para o Programa 2020 ano base de 2019 já estão definidas.
418 Justificou que, acrescido a este fato, após a divulgação dos resultados
419 preliminares do IDSS, a pedido do setor, a data de corte que já tinha sido adiada
420 em dois meses, sofreu novo adiamento para 28/2/2019, ou seja, as próprias
421 operadoras também solicitaram mais tempo para fazerem essa mudança de
422 suas informações no TISS e se adequarem às novas regras. Listou os objetivos
423 do Programa: avaliar o desempenho das operadoras por meio de indicadores
424 com vistas a dar transparência; reduzir a assimetria de informação entre o
425 consumidor e as operadoras, oferecendo maior poder de escolha na hora de
426 contratar ou mudar de operadora; estimular a qualidade setorial; permitir
427 *benchmarking* entre as operadoras; induzir o setor no sentido da consecução
428 das diretrizes da ANS e atingimento de melhores resultados; e subsidiar as
429 ações regulatórias da ANS. Comentou que a esses objetivos acrescentaria a
430 gestão interna das operadoras, tendo em vista que esse conjunto de indicadores
431 pode ajudar a própria operadora a melhorar o seu desempenho. Explanou sobre
432 a fase de reformulação do IDSS ano-base 2017: em 2016, foi feito um grande
433 estudo estatístico sobre o IDSS vigente por meio da metodologia de análise
434 multivariada (Matriz de Correlações), a qual identificou uma concentração de
435 indicadores correlacionados e demonstrou que vários indicadores possuíam um
436 baixo grau de diferenciação entre uma operadora e outra, bem como o fato de
437 que alguns indicadores inespecíficos não mensuravam qualidade ou não traziam
438 informações relevantes. Enfatizou que a utilização do padrão TISS levou a uma
439 maior possibilidade de indicadores de qualidade assistencial, principalmente da
440 garantia de atendimento, muito embora, por outro lado, ainda exista uma grande
441 restrição por conta da não obrigatoriedade do CID no padrão TISS, o que impede
442 avaliar alguns indicadores, especialmente hospitalares, a exemplo do indicador

443 de internação sensível a atenção primária à saúde. Acerca da Operacionalização
444 da Revisão do IDSS, pontuou: foco em indicadores que apontem para a
445 qualidade; revisão de críticas, pré-requisitos, metas, ponderações e fórmulas de
446 cálculo; previsão de divulgação do site da ANS com uma linguagem mais
447 adequada para o beneficiário; revisão das ponderações entre as dimensões,
448 reduzindo o peso da Dimensão IDGR; e conhecer o desempenho das
449 operadoras para subsidiar as políticas regulatórias da ANS. Quanto a
450 reformulação do IDSS - TISS, como tem sido denominado para deixar bem clara
451 a mudança metodológica ocorrida em 2017, por meio da RN nº 423/2017, que
452 alterou a RN nº 386/2015, explicou que a partir de 2017 não é possível fazer uma
453 comparação tão fiel como a que era feita anteriormente levando em conta essa
454 alteração da metodologia e das dimensões, descritas a seguir: todo o escopo
455 do programa foi revisto; ampla revisão de indicadores; adoção do Padrão TISS
456 como fonte de dados; integração com os demais projetos da ANS, a exemplo da
457 Acreditação de Operadoras, Qualiss, Promoprev; avaliação de desempenho das
458 operadoras para subsidiar as políticas regulatórias, incluindo a pesquisa de
459 satisfação de beneficiários, bônus para a operadora que a realizar; e mudança
460 de pesos entre as dimensões. Citou os pré-requisitos criados pela ANS:
461 naqueles indicadores que usam o Diops o não envio de um ou mais trimestres
462 leva à nota zero; no Sistema de Informação do Beneficiário – SIB, o não envio
463 de um ou mais meses até a data de corte e/ou Índice de Qualidade Cadastral do
464 SIB menor que 20% leva à nota zero; e o não envio de um ou mais meses do
465 TISS ou a Taxa de Completude entre o TISS e o DIOPS abaixo de 30% também
466 leva à nota zero. Explicou que a Taxa de Completude é forma indireta de
467 verificação da qualidade do envio do TISS, se a parte assistencial estiver
468 compatível com o que foi informado para o DIOPS, com uma margem de 10% a
469 mais ou a menos, significa que muito possivelmente houve uma completude de
470 dados. Nesta linha, fez um alerta para a importância do preenchimento correto
471 do Cadastro Nacional de Saúde - CNS, do Código da Classificação Brasileira de
472 Ocupações - CBO, do CPF do beneficiário, entre outros, nos sistemas de
473 informação da ANS e do Ministério da Saúde, tendo em vista que a incorreção
474 de dados não permite, por exemplo, o cruzamento de indicadores que requerem
475 a identificação unívoca do beneficiário e, obviamente, isso impactará na nota da
476 operadora. Acerca dos dois processamentos do IDSS ano-base 2017, enumerou

o status de questionamentos e resultados preliminares do último processamento: do total de 218 questionamentos - bem menor do que no primeiro - 27 foram deferidos, 138 indeferidos e 53 solicitações de informação que foram devidamente encaminhadas e, na avaliação de dois indicadores que demonstram bem a qualidade do envio dos dados, a média de pontuação do indicador de qualidade do SIB, a segmentação médico-hospitalares (MH) está com 0,94, enquanto que a odontológica (OD) está com apenas 0,86, da mesma forma a média de pontuação do indicador de completude TISS /DIOPS melhorou muito em relação ao primeiro processamento com 0,76 para médico-hospitalares, mas para as odontológicas ainda está um pouco complicado, apenas 0,63, o que significa dizer que, em média, as odontológicas só enviaram 63% dos seus dados. Listou alguns deferimentos feitos a partir de demandas do próprio setor: no caso de Proporção de Parto Cesáreo e Taxa de Consultas de Pré-natal, inclusão do parto múltiplo no denominador do indicador e do denominador; no Índice de Dispersão, aplicação de alguns filtros do CNES e consideração dos CPFs para busca dos prestadores no RPS; no Índice Composto de Qualidade Cadastral, acerto da pontuação do indicador; nos Indicadores Assistenciais MH e OD, as operadoras sem beneficiários MH ou OD nos 12 meses avaliados recebem "não se aplica" porque estavam sendo pontuadas em indicadores que elas não tinham beneficiário; e na Taxa de Utilização do SUS, acerto para a inclusão das APACs no cálculo do indicador. Passando para o IDSS ano-base 2018, explanou que foram acrescentados dois indicadores, Efetiva Comercialização de Planos Individuais, incluído indicador como bônus, e Índice de Reajuste Médio Ponderado, incluído como peso zero, para efeitos de estudo. Sobre a pesquisa de satisfação de beneficiário IDSS ano-base 2018, informou: foram realizadas 184 pesquisas; o material técnico foi divulgado no site da ANS com as perguntas e respostas; estão listados os principais problemas destacados e alguns não cumprimentos do que determina o documento técnico, como por exemplo, a troca de ordem das opções de respostas, não informações de erros amostrais, ou seja, questões bastante técnicas, motivo pelo qual o material ficará disponível e a ANS também para dirimir dúvidas sobre a pesquisa. No que tange ao ano-base 2019, que será rodado em 2020, explanou que estão previstas alterações muito pequenas não houve nenhuma mudança estrutural ou de escopo do indicador: na Taxa de

511 Consulta de Pré-Natal, inclusão no cálculo do indicador dos planos hospitalares
512 com obstetrícia; na Participação em Projetos de Indução da Qualidade, a
513 inclusão de critério de redução da proporção de parto cesáreo em relação ao
514 ano anterior maior do que 5% ou proporção de parto cesáreo menor ou igual a
515 45%; inclusão da participação nos Projetos de Modelos de Remuneração
516 Baseados em Valor, na qual toda a operadora que for aprovada, independente
517 de estar entre as dez, ganhará esse bônus do IDSS; na Taxa de Primeira
518 Consulta, a pedido do setor, houve redução da meta, de 0,8 para 0,5 consultas,
519 que vai reduzindo proporcionalmente; na proporção de glosas, também houve
520 alteração, a nota máxima ficou no percentil 15, que antes era de zero glosas;
521 também foram alterados alguns indicadores como Taxa de Sessões de
522 Hemodiálise em razão de incompletude no envio dos dados do padrão TISS. A
523 respeito dos próximos passos, registrou que se pretende divulgar ainda em 2019
524 tanto os resultados finais do IDSS ano-base 2017, quanto os resultados finais do
525 IDSS ano-base 2018 e, em relação ao IDSS ano-base 2019, as fichas técnicas
526 e documentos já estão disponíveis no site, lembrando a data de corte prevista
527 na RN, 30/4/2020, a qual espera-se não haver necessidade de postergação. Por
528 fim, informou que a área fixa do site está sendo reestruturada para demonstrar
529 a mudança de metodologia, de forma a deixar claro que, mesmo a operadora
530 que eventualmente tenha tido uma queda no índice, está sendo avaliada de
531 acordo com a metodologia nova. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-
532 Presidente da ANS) abriu a palavra para manifestação dos membros da CAMSS.
533 O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos -
534 Uniodonto) observando que não é a operadora quem faz a pesquisa de
535 satisfação, mas é ela quem envia, questionou quanto ao retorno à operadora
536 para que ela tenha ciência se a pesquisa foi recebida e se foi acatada ou não. A
537 Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS) respondeu que todas as
538 operadoras que fizeram a pesquisa e enviaram à ANS, receberam um ofício
539 informando o acatamento ou não, bem como os motivos do eventual não
540 acatamento. O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços
541 Odontológicos - Uniodonto), manifestando surpresa por não ter informação sobre
542 esse retorno, disse que verificaria a questão junto ao seu segmento. A Sra. **Ana**
543 **Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS) retificou que todas as operadoras
544 já receberam retorno em relação ao ano-base 2017, no entanto, como houve

545 atraso e o ano-base 2018 ainda está em processamento, há um residual de
546 operadoras a receber sobre este último período. O Sr. **Egberto Miranda Silva**
547 **Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos - Uniodonto) disse que pode ser
548 então essa a divergência. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente
549 da ANS) prosseguiu para o item 2.4 - Modelos de Atenção Baseados em Valor,
550 chamando para apresentá-lo a Sra. Maria Inês Pereira dos Santos,
551 Coordenadora de Avaliação e Estímulo à Qualificação de Prestadores - COAEP,
552 da Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial - GEEIQ,
553 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS. A Sra. **Maria Inês Pereira dos**
554 **Santos** COAEP/GEEIQ/DIRAD/DIDES), apresentando-se como parte da equipe
555 da Sra. Ana Paula Cavalcante, disse quealaria resumidamente sobre o Projeto
556 de Modelos de Atenção Baseados em Valor, lançado no II Fórum ANS sobre
557 Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar. Apresentou um breve histórico e
558 contexto do porquê se discutir modelos de remuneração, ressaltando que,
559 embora o modelo preponderante no contexto brasileiro seja o *Fee For Service*,
560 é sabido, por meio dos vários estudos e toda a literatura existente, que esse
561 modelo apresenta muitas questões negativas e insuficiência em responder às
562 demandas atuais, sendo assim, a ideia é trabalhar na tentativa de redesenhar o
563 modelo assistencial e buscar formas alternativas de remuneração, as quais,
564 conforme identificado pelos sistemas de informação, configuram somente 4% do
565 que é praticado hoje no setor. Demonstrou a equação clássica de Michael Porter
566 sobre o conceito de valor em saúde, a qual faz uma relação entre os resultados
567 que realmente importam para os pacientes - desfechos clínicos - e os custos
568 para atingir esses resultados, tentativa de representar matematicamente uma
569 questão muito complicada, sobre a qual muitos autores vêm trabalhando a fim
570 de acrescentar outros fatores, lembrando que o contexto brasileiro é bem
571 diferente do contexto internacional. Explicou que esse projeto é um
572 desdobramento do que já tem sido discutido desde 2016 quando implantado o
573 Grupo Técnico de Modelos de Remuneração, concebido em três fases: na
574 primeira e segunda fase, foi feito um levantamento de literatura das referências
575 internacionais e, a partir desse arcabouço teórico, houve a discussão de tudo
576 aquilo que poderia ser trabalhado sobre o assunto, mundialmente discutido; a
577 terceira fase, chamada de fase de testes, persiste em colocar todo esse
578 conhecimento e debates realizados em prática, testando as experiências para

579 avaliar se esse é realmente o caminho a ser percorrido. Assim, sinalizou que a
580 Fase III é, na verdade, um chamamento para que as operadoras elaborem
581 projetos e os inscrevam, contando com o auxílio de um dos produtos da Fase II,
582 o Guia Valor em Saúde, um compilado dos principais estudos e experiências
583 internacionais sobre o assunto, no qual estão definidas questões muito básicas,
584 critérios e diretrizes, disponível no site da ANS, onde inclusive foi montado um
585 espaço exclusivo para esse projeto contemplando todas as informações.
586 Explicou o passo-a-passo de como participar: acessar o portal da ANS
587 www.ans.gov.br, que, por sinal, é uma riquíssima fonte de informação, clicar em
588 gestão de saúde nas abas superiores, depois na aba Modelos de Remuneração
589 Baseados em Valor, onde consta o formulário *FormSus*, que deve ser preenchido
590 e anexado o projeto. Na sequência, falou de alguns dos requisitos para
591 submissão de projetos, dentre eles, apresentar detalhadamente o tipo de modelo
592 de remuneração; descrever os objetivos; vincular os prestadores de serviços de
593 saúde de sua rede credenciada; designar e fornecer os dados dos Responsáveis
594 Legais e Técnicos do Projeto; e etc. Tendo em vista ser fundamental o
595 conhecimento de experiências nacionais para que se possa avançar na questão,
596 informou que a ANS pretende selecionar dez experiências, obviamente não para
597 direcionamento, e sim para serem acompanhadas mais de perto a fim de que,
598 ao final de 12 meses, possa ser feita uma análise dessas experiências, sendo
599 que, para facilitar esta análise, foi elaborada uma forma de pontuação, como
600 critérios de seleção. Passando pelo histórico das iniciativas da ANS, lembrou
601 que, em 2018, houve a modificação da RN nº 363/2014, que trata de
602 contratualização, bem como da previsão de que a remuneração e os critérios de
603 reajuste devem ser expressos no contrato, de modo claro e objetivo, e devem
604 considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde,
605 alterações que se referem a novos contratos. Reiterou o cronograma da Fase III:
606 as inscrições foram abertas em 29/8/2019 e serão recebidas até dia 31/10/2019,
607 com possibilidade de extensão do prazo a depender da quantidade de projetos
608 recebidos; até 30/11/2019 pretende-se fazer a seleção e divulgação dos projetos
609 aprovados pela ANS e dos dez projetos participantes do piloto; até o final de
610 dezembro, pretende-se enviar às operadoras os termos de compromisso para
611 assinatura dos dez participantes do projeto-piloto; e, a partir de janeiro de 2020,
612 início do acompanhamento desses projetos de forma mais próxima. Por fim, falou

sobre a novidade de possível pontuação extra no IDSS do ano base de 2019, para ser divulgado em 2020, vez que todos os projetos aprovados em relação aos critérios de seleção, independentemente de estarem entre os dez que serão acompanhados, receberão essa pontuação base de 0,10. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da ANS) agradecendo a Sra. Maria Inês Pereira dos Santos, perguntou se algum participante gostaria de fazer questionamentos sobre aquele tema. O Sr. **Carlos Alfredo Lobo Jasmin** (Associação Médica Brasileira – AMB) reiterou a manifestação da AMB feita durante a reunião que apresentou o Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor, quanto a preocupação de que esse valor seja confundido com outros valores, apesar da Agência ter traçado uma linha de princípios bastante razoável, mas que, necessariamente, precisam ser fiscalizados a partir dessa prática. Frente ao fato de que vários trabalhos do mundo inteiro provam que o *Fee For Service* não é uma forma de remuneração, argumentou que, igualmente, outros tantos trabalhos internacionais afirmam que novas formas de remuneração não serão bem-sucedidas se não houver a anuência dos profissionais a elas atrelados. Dessa forma, julgou que de nada adiantarão fórmulas mágicas que simplesmente tragam novidades sem comprovação e, em especial, sem a concordância dos profissionais, solicitando que a Agência não deixe de lado essa questão. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) esclareceu que a ANS fez questão de consignar essas ponderações no documento técnico, justamente, por também acreditar que a participação das duas partes que irão implementar essas novas formas de remuneração é fundamental para o seu sucesso, bem como também é essencial a utilização de modelos baseados na literatura ou em experiências exitosas. Reiterou que a ANS está alinhada com a ponderação apresentada e que esse acompanhamento será exatamente para identificar se as práticas que estão sendo implementadas no setor são de fato boas práticas de modelos inovadores baseados em valor. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da ANS), não havendo mais manifestações, antes de passar para o tema seguinte da pauta, cedeu a palavra à Diretora de Fiscalização da ANS, Sra. Simone Sanches Freire, que faria um informe extra pauta. A Sra. **Simone Sanches Freire** (Diretora de Fiscalização da ANS) registrou que, ao final do ano de 2017, a Diretoria de Fiscalização promoveu um encontro entre operadoras,

647 administradoras de benefícios e os profissionais de fiscalização da Agência, com
648 o objetivo de debater a classificação de Notificação de Investigação Preliminar -
649 NIP, ferramenta da ANS para intermediação de conflitos e, após essa discussão,
650 foram resolvidos mais de 70% dos conflitos que existiam entre operadoras e
651 administradoras. No entanto, considerando que há casos remanescentes de
652 assuntos em divergências entre esses dois atores do mercado quanto à autoria
653 das reclamações, comunicou que será promovido um novo Encontro a ser
654 realizado no dia 23/10/2019, na cidade do Rio de Janeiro, para o qual serão
655 convidadas, claro, todas as entidades representativas de operadoras e
656 administradoras de benefícios, mas o evento também será aberto a
657 representatividade de outros segmentos. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva**
658 (Diretor-Presidente da ANS), dando início às apresentações externas e já
659 agradecendo a presença, convidou o Sr. Geanluca Lorenzon, Diretor de
660 Desburocratização, Gestão e Governo Digital, do Ministério da Economia para
661 falar sobre a Medida Provisória - MP nº 881/2019 de Liberdade Econômica. O
662 Sr. **Geanluca Lorenzon** (Diretor de Desburocratização, Gestão e Governo
663 Digital, do Ministério da Economia – SEDGG/ME), agradecendo o convite e a
664 oportunidade em participar daquele interesse Fórum de discussão, disse que o
665 objetivo de sua apresentação sobre a Medida Provisória nº 881, de 2019, que
666 recebeu novo autógrafo do Senado Federal, mas deverá brevemente ser
667 convertida em lei, era traçar um panorama sobre a MP e verificar se há algum
668 encontro com os assuntos de saúde suplementar e o mercado de saúde no
669 Brasil. Passou a explicar sobre a metodologia, estruturação e premissas de
670 construção da Medida Provisória. A MP foi feita basicamente na mesma linha
671 como se faz a reestruturação ou estratégia em grandes empresas, inclusive
672 empresas de saúde pelo mundo inteiro, utiliza-se a mesma metodologia:
673 inicialmente, faz-se um diagnóstico dos problemas; em seguida, a construção de
674 soluções; e depois faz-se um alinhamento com a análise de *benchmarks*,
675 entendendo o que acontece no resto do mundo. A MP foi estruturada em quatro
676 princípios gerais de direito, doze de direitos, duas medidas regulatórias e mais
677 alterações em questões legais, sendo que a razão pela qual foi estruturada em
678 direitos é puramente política, diante da necessidade do menor número de artigos
679 possíveis em uma MP, um dos objetos de crítica dela. Há quatro premissas que
680 orientam a MP, ou seja, quatro políticas públicas: a primeira, igualdade de

681 oportunidade para pequenos e médios, considerando que estes são mais
682 prejudicados com o ambiente de burocracia e regulação, que acaba sendo uma
683 barreira de entrada para novos concorrentes, inviabilizando que consigam
684 desenvolver novos modelos de negócio; a segunda, o foco do Estado nas
685 situações de risco, levando em conta que em nenhum país do mundo o Estado
686 consegue estar onipresente e que a escassez de recursos na saúde também é
687 mundial, a Administração Pública precisa alocar os seus recursos de maneira
688 mais eficiente e acredita-se que a melhor maneira para tal é através de *Risk*
689 *Assessment* - matrizes de risco – pensando na liberalização, fiscalização,
690 sanção e regulação de acordo com o grau de atividade que o Estado está
691 monitorando; a terceira, muito importante, é o respeito ao federalismo, pois é
692 altamente prejudicial o fato da questão saúde ser muito distinta nas diferentes
693 regiões do país enquanto a legislação brasileira é centralizada na União, o que
694 gera distorções de mercado, distorções de custo e consequente concentração,
695 que também impede que novos modelos de negócios sejam criados; por fim, a
696 quarta premissa envolve a autonomia do direito privado. Na sequência, discorreu
697 rapidamente acerca dos doze direitos com foco no que pode, eventualmente,
698 afetar o mercado de saúde no Brasil. No inciso I, o fim de autorização prévia -
699 licenças, alvarás, autorizações, registros, cadastros - para atividades
700 econômicas de baixo risco, trata basicamente da abertura de empresas, conceito
701 já muito conhecido que não toca nem em saúde privada nem pública por já seguir
702 definição da Anvisa. O inciso II trata de uma questão que pode esbarrar em
703 algumas questões de saúde por ser uma norma geral de direito econômico que
704 delimita as diretrizes pelas quais os municípios podem determinar horários de
705 funcionamento para o estabelecimento, logo, estabelecimentos como clínicas e
706 hospitais podem enfrentar limitações de prestação de saúde por legislações
707 municipais, porém, a partir de agora, os municípios só poderão determinar o
708 horário de abertura de estabelecimentos, continua sendo uma competência
709 local, mas se for por questões de sossego, vizinhança ou poluição sonora. O
710 inciso III fala sobre a liberdade de definição de preços de produtos e serviços, o
711 que, por afetar apenas mercados não regulados, não engloba o mercado de
712 saúde suplementar; O inciso IV deve ter algum efeito para tudo que envolver
713 credenciamento, concessões, liberações, alvarás, inclusive na área da saúde,
714 pois coloca um dever de efeito vinculante na Administração Pública direta e

715 indireta, o que significa dizer que, se uma norma ou regulação for interpretada
716 de uma maneira para um cidadão, estará vinculada a mesma interpretação para
717 qualquer outro cidadão, sendo que será produzido um regulamento para
718 sistematizar os parâmetros de interpretação. O inciso V basicamente determina
719 que na existência de uma dúvida em legislação sobre direito civil, empresarial,
720 econômico e urbanístico, essa dúvida deve ser resolvida, dentro do razoável, da
721 forma que mais manterá o contrato preservado, o que não deve afetar,
722 obviamente, o direito do consumidor, que é uma legislação e um microssistema
723 a parte, mas pode afetar diferentes entes privados que estão no mercado da
724 saúde. O inciso VI pode vir a ter um efeito direto na saúde, tendo em vista que,
725 a partir da edição de um Decreto que está na Casa Civil, todos os órgãos
726 reguladores, inclusive a ANS, poderão receber pedidos do setor privado
727 brasileiro para que, ao invés do cumprimento da regulação do órgão, tenham a
728 possibilidade de cumprir uma norma internacionalmente consolidada e
729 reconhecida em tratados brasileiros, sendo que o órgão continuará, obviamente,
730 tendo autonomia de decidir, a ideia é criar uma sistemática de regulações que
731 permitam aumentar a competitividade sem perder o controle do que acontece
732 dentro do Brasil. O inciso VII, imunidade burocrática para inovar, basicamente
733 retira a burocracia de *Start ups*, mas a questão de saúde, segurança pública e
734 sanitária nacional são restringidas dos efeitos desse inciso, então, acredita-se
735 que ele não afetará a ANS e o mercado de saúde suplementar como um todo. O
736 inciso VII fala sobre respeito aos contatos empresariais privados. O inciso IX
737 pode e deve vir afetar a ANS, visto que, toda vez que for pedido algum cadastro,
738 registro, concessão, será obrigatório por Lei Federal que seja concedido um
739 prazo, definido pelo próprio órgão, e findo esse prazo, caso não haja uma
740 resposta, será considerada a aprovação tácita. Importante observar que a
741 pretensão é de, futuramente, se atingir o nível da Organização para a
742 Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE de ter esses prazos
743 definidos por lei, no entanto, nesse primeiro momento, seria complicado
744 estabelecer uma política pública de cima para baixo sem pensar na realidade
745 dos órgãos, pois, enquanto há órgãos com equipes excelentes como a ANS,
746 muitos outros encontram-se sucateados devido ao déficit de servidores, o que
747 pode gerar situação de risco. O inciso X trata da troca do papel pelo Brasil Digital
748 como forma de diminuir custos no Brasil, então, também a partir de um Decreto

749 do Presidente da República, todos os documentos comprovantes terão um
750 equivalente digital para que o físico seja descartado, o que poderá afetar o meio
751 da saúde e com certeza trará grande efeito para algumas outras áreas, a
752 exemplo da Previdência com os 30 anos de FGTS; registros em papel de livros
753 contábeis de sociedades anônimas, sindicatos, cooperativas, etc. O inciso XI
754 pode afetar a abertura de algum tipo de empreendimento, a exemplo de um
755 hospital ou uma clínica no Brasil, pois trata do abuso de medidas compensatórias
756 e mitigatórias no Estudo do Impacto de Vizinhança – EIV tendo em vista que
757 esse instituto foi seriamente distorcido, representando quase que uma taxaço
758 tributária disfarçada, um abuso de poder do Executivo, muitas vezes ratificado
759 pelo Legislativo, então a MP vem colocar algumas delimitações quanto á
760 aplicação do que decorre do EIV de maneira que a compensação seja de algo
761 necessariamente consequente do impacto. O inciso XII fala sobre exigências de
762 certidões sem previsão legal, certidões sobre fatos imutáveis que não podem ter
763 prazo de validades, inciso que não deve afetar o mercado de saúde. Em seguida,
764 discorre sobre as duas medidas regulatórias que devem afetar mais o setor de
765 saúde, o abuso regulatório, que é uma tendência global, e a Análise do Impacto
766 Regulatório, que configura um desafio. No que concerne ao abuso regulatório, a
767 equipe eleita para a nova gestão do Governo Federal chegou ao diagnóstico de
768 que muitos agentes reguladores do país, não somente agências reguladoras,
769 não necessariamente da esfera federal, mas órgãos que estão muito restritos ao
770 mercado e acabaram sucumbindo a abusos regulatórios, tais como: solicitações
771 de especificações técnicas sem qualquer sentido com o resultado almejado,
772 criação de reservas de mercado, distorção de um concorrente em relação ao
773 outro, ações que fecham ainda mais a economia do país, dentre outros. Diante
774 desse diagnóstico foi identificada a necessidade de inserir uma série de medidas
775 - foram nove incisos - para delimitar os abusos regulatórios e, a partir de agora,
776 não poderão existir barreiras para prestadores nacionais por regulação, ou seja,
777 o regulador não pode mais proteger concorrente nacional. Com isso, espera-se
778 uma repercussão nas procuradoras dos órgãos, que permita um controle
779 disperso de legalidade das regulações antes de editadas. Quanto á Análise de
780 Impacto Regulatório – AIR, com a qual a ANS certamente está familiarizada,
781 essa medida é uma técnica mundial importantíssima, em especial para o país
782 que deseja entrar na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

783 Econômico – OCDE. Há apenas uma preocupação com o fato de que os órgãos,
784 ao fazerem AIR, tenham a capacidade de realizarem análises quantitativas, a
785 exemplo da ANS, que é um dos órgãos mais bem equipados para essa
786 finalidade. A nova Lei das Agências Reguladoras já prevê a AIR, mas agora ela
787 será implementada como obrigatória para toda a Administração Pública Federal,
788 inclusive a Receita Federal, algo que será muito positivo para o país, e a ideia
789 dessa medida regulatória é começar a entender os impactos de regulação no
790 país. No que tange a outras legislações, onde não há nada que interfira direto no
791 direito do consumidor, foram feitas alterações de questões, quais sejam:
792 desconsideração da personalidade jurídica, que pode ter algum impacto na
793 execução de determinada multa ou sanção da Administração Pública com
794 relação a algumas empresas, porém, foi consolidada uma jurisprudência do
795 Superior Tribunal de Justiça - STJ para garantir a pequenas empresas mais
796 segurança jurídica nas primeiras instâncias; alterações em contratos privados;
797 modernização de modelos de empresas, como sociedade limitada unipessoal;
798 fundos de investimento adequados ao padrão mundial, para que as pessoas
799 parem de sempre investir em juros no Brasil e passem a investir no mercado
800 privado, gerando emprego e desenvolvimento; e algumas outras questões de
801 digitalização, segurança jurídica, fundo soberano, etc. Concluindo a
802 apresentação, registrou que a Secretaria de Desburocratização do Ministério da
803 Economia está muito receptiva a sugestões, que são devidamente
804 encaminhadas e muito bem-vindas, inclusive a intenção de se trabalhar com
805 várias Agências Reguladoras. Fez um elogio à Câmara de Saúde Suplementar,
806 como um exemplo de *networking* para recebimento de contribuições de
807 desburocratização, desregulação e liberalização do Brasil. Agradecendo o
808 convite, se colocou à disposição para eventuais esclarecimentos
809 (geanluca.lorenzon@economia.gov.br). O Sr. **Leandro Fonseca da Silva**
810 (Diretor-Presidente da ANS) concedeu a palavra aos membros que quisessem
811 fazer alguma colocação ou questionamento. O Sr. **José Cláudio Ribeiro**
812 **Oliveira** (Cooperativas de Serviços Médicos - Unimed do Brasil) parabenizando
813 a apresentação do representante do Ministério da Economia, que conseguiu,
814 num curto espaço de tempo e de forma bastante didática, transmitir a essência
815 da Medida Provisória nº 881, que espera-se seja convertida em lei até o dia
816 24/9/2019, comentou ter assistido uma apresentação a respeito, feita pelo

817 Ministro Paulo Guedes, no STJ, seguida de outros debates muito interessantes.
818 Citando o Art. 199 da Constituição Federal que dispõe que “a assistência à saúde
819 é livre à iniciativa privada”, apontou que essa liberdade é um comando também
820 contido na própria MP, que ainda contempla a questão do abuso regulatório e,
821 neste sentido, perguntou como é visto o excesso de regulamentação que muitas
822 vezes ocorre dentro do próprio sistema de saúde suplementar. Levantando outro
823 ponto interessante dessa Medida Provisória, disposto no Art. 3º, inciso IX, sobre
824 a aprovação tácita, disse até entender como justificável a ponderação feita em
825 relação à definição do prazo já que há entidades administrativas de todas as
826 espécies, todavia, consignou esperar que a ANS, ao estabelecer esse prazo, fixe
827 um prazo bem curto, o que, inclusive, iria ao encontro de todos os elogios feitos
828 aos técnicos da Agência, que concorda sejam de primeira linha. O Sr. **Geanluca**
829 **Lorenzon** (Diretor de Desburocratização, Gestão e Governo Digital, do
830 Ministério da Economia – SEDGG/ME) comentando que não conhecia a
831 realidade do estoque regulatório da ANS, registrou a necessidade geral de
832 revisão de estoque regulatório, como é feito pela OCDE e no Brasil ainda não foi
833 feita, prevista no artigo 16, da Lei Complementar nº 95/1998, que deve ser
834 realizada em breve. Mencionou ter tido o prazer de saber que a ANS está
835 comprometida com esse tema e deve também juntar esforços para fazer essa
836 consolidação da melhor forma possível. Registrou que o Brasil tem o pior
837 ambiente regulatório, em termos absolutos, do mundo, fator muito preocupante
838 que reforça a extrema necessidade de revisão desse estoque. Disse que as
839 pessoas precisam parar de achar que existe capital suficiente para o Brasil deixar
840 de ser um país e criar um ambiente onde se tenha real noção do que vai
841 acontecer porque, além do risco econômico no país, muitas vezes ainda se
842 enfrenta o risco jurídico. Neste aspecto, é preciso colocar claras delimitações no
843 que vai acontecer antes e depois e, infelizmente, há muito atores que não
844 prestam atenção nisto. Frisou o respeito a contratos, que sofre, às vezes,
845 ataques injustificados, falta de análise, ausência de entendimento econômico de
846 longo prazo de uma série de atores, outra questão relevante que também denota
847 a necessidade de mudança do ambiente atual. Em relação à aprovação tácita,
848 esclareceu que ela se aplica para atos públicos de liberação, cujo conceito, à
849 princípio, ficou meio dúvida na MP, mas foi posteriormente corrigido, ponto
850 positivo de medidas provisórias já que há a possibilidade de considerar as

851 críticas para fazer melhorias. Complementou que, então, a dúvida se as
852 atividades das agências reguladoras seriam caracterizadas como atos de
853 liberação, a exemplo da ANS, se quando autoriza um plano de saúde a exercer
854 um negócio seria um ato de deliberação, essa dúvida foi sanada pela nova
855 versão da MP, que deve ser promulgada até o final de setembro. Disse que, sua
856 recomendação para a ANS, como dirigente do Governo Federal, seria de que os
857 prazos sejam longos por três quesitos: risco, complexidade e segurança jurídica.
858 Nesta linha, ressaltou que a ANS jamais poderá estabelecer um prazo curto se
859 existir um grande risco daquilo que pode ser autorizado. Opinou que a Agência
860 talvez tenha condições de criar um prazo de acordo com o padrão mundial que
861 é feito pelo histórico da pessoa jurídica que está solicitando. Por fim, enfatizando
862 que os prazos precisam ser muito adequados à análise dessas questões, disse
863 supor que a ANS não seja um órgão que trata seus processos com morosidade.
864 O Sr. **João Alceu Amoroso Lima** (Federação Nacional de Saúde Suplementar
865 - FenaSaúde) perguntou ao Sr. Geanluca Lorenzon se poderia dar um panorama
866 do quão modificada foi a Medida Provisória no decorrer das discussões no
867 Congresso Nacional. O Sr. **Geanluca Lorenzon** (Diretor de Desburocratização,
868 Gestão e Governo Digital, do Ministério da Economia – SEDGG/ME)
869 primeiramente, registrou que, na avaliação do Governo Federal, as alterações
870 ocorridas no texto original para o texto publicado melhoraram muito a MP, como
871 o exemplo citado da dubiedade do ato público de liberação e de outras questões
872 que estavam com exceções dúbias e conceitos abstratos, que foram retiradas e
873 aprimorado o texto. Registrou também que há muito tempo não havia uma MP,
874 editada pelo Governo Federal, abrangendo tantos assuntos. Complementou que,
875 em geral, o instrumento da Medida Provisória passa pelo Congresso Nacional
876 com rapidez e força, o que desperta o interesse de muitos Parlamentares com o
877 intuito de acrescentarem suas matérias, em especial quando ela aceita ingresso
878 de várias matérias de legalidade, tanto que, quando a MP nº 881 foi colocada,
879 de repente, houve um salto de 19 para 84 artigos já no primeiro Relatório
880 aprovado na Comissão Mista. Explicou que foram acrescentadas inúmeras
881 questões muito positivas e interessantes, muitas delas sobre saúde, tais como:
882 o marco legal dos sistemas de troca de informações, que não era sobre
883 prontuários eletrônicos, mas era entre médicos e farmácias privados,
884 obviamente respeitando a LGPD; havia a possibilidade de supermercados

885 venderem medicamentos isentos de prescrição médica - MIPs, como o AS, que
886 acontece em vários lugares do mundo; havia a possibilidade de que farmácias
887 poderiam realizar pequenos procedimentos de saúde, também uma tendência
888 em outros países, para que o SUS não seja a primeira e única porta de entrada
889 de algumas pessoas; dentre outras. Noticiou que a inclusão de um número tão
890 grande de questões no relatório, gerou um clima de grande espanto no
891 Congresso Nacional e, assim, partindo da premissa de que não haveria tempo
892 suficiente para análise de tudo, a orientação foi que se retornasse ao texto
893 original e, basicamente, a MP voltou para o texto original, perdendo duas
894 questões significativas: uma de direito empresarial e a outra uma simplificação
895 de que o Custo da Mercadoria Vendida - CMV poderia fazer com que pequenas
896 e médias empresas abrissem um capital na bolsa de valores, que propiciaria
897 mais sociedades anônimas no mercado de capitais do Brasil. Concluiu reiterando
898 que, na avaliação do Governo Federal, a MP saiu muito produtiva do Congresso,
899 muito próxima do texto original e representa um grande gancho legal para várias
900 políticas públicas futuras. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente
901 da ANS), como não houve mais questionamentos, agradeceu novamente ao Sr.
902 Geanluca Lorenzon pela apresentação e aproveitou a oportunidade para
903 registrar que a Diretoria Colegiada da ANS já vem discutindo o seu
904 aprimoramento e modernização regulatória estando, portanto, bem alinhada com
905 os objetivos de desburocratização do setor público. Seguindo adiante na pauta
906 com mais uma apresentação de convidado externo, passou a palavra ao Sr.
907 Carlos Alfredo Lobo Jasmin, da Associação Médica Brasileira - AMB para
908 apresentar o item 2.6 - Mutualismo. O Sr. **Carlos Alfredo Lobo Jasmin**
909 (Associação Médica Brasileira – AMB), agradecendo à Diretoria da ANS pela
910 permissão de levar àquela reunião o tema mutualismo, com o qual a AMB está
911 um tanto quanto preocupada, pediu licença aos membros da CAMSS para
912 repassar alguns conceitos que, embora de conhecimento da grande maioria ali
913 presente, o repasse era importante para contextualizar a apresentação. Dessa
914 forma, conceituou mutualismo e cálculo do risco. 1 – Mutualismo: princípio
915 fundamental que constitui a base de toda operação de seguro, é a associação
916 entre membros de um grupo no qual suas contribuições são utilizadas para
917 propor e garantir benefícios aos seus participantes, portanto, está relacionado à
918 união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo; o

919 mutualismo estuda o capital e a garantia necessária à operação, de forma a
920 garantir às partes o atendimento a seus interesses. 2 - Cálculo do Risco: risco é
921 o evento ou condição incerta, cuja ocorrência se dá em qualquer momento futuro,
922 independentemente da vontade das partes, que causam consequências
923 financeiras. A incerteza é condição necessária, porém não é única nem exclusiva
924 para avaliação do risco, logo, todo objeto ou serviço - coisa, pessoa, bem,
925 responsabilidade, obrigação, garantia ou direito - estão sujeitos a um fato futuro
926 e incerto, ou de data incerta, sendo que a principal atividade do atuário é analisar
927 e quantificar esses riscos. Reforçados os conceitos, falou sobre a proposta de
928 *FormRol* apresentada para o ano de 2019, que não modificou muito aquilo do
929 conceito que será questionado, argumentando que qualquer proposição ao
930 *FormRol* deverá estar pautada sob cem mil habitantes, no caso, a incidência, a
931 prevalência ou a taxa de mortalidade de doença ou condição de saúde, que terão
932 que ser avaliadas para cem mil habitantes e, além disso, o bloco três no
933 problema de saúde diz: o preponente deverá apresentar as informações
934 relacionadas ao problema de saúde ao qual se aplica a tecnologia proposta,
935 incluindo a descrição da doença/condição de saúde, com seu diagnóstico,
936 tratamento, prognóstico, bem como dados epidemiológicos e, mais uma vez,
937 incidência, prevalência e mortalidade por cem mil habitantes. Na sequência,
938 passou a relatar os problemas identificados. Demonstrando alguns dados, da
939 própria ANS, de junho de 2019, quanto à realidade das operadora, apontou que,
940 do total de 737 empresas ligadas à medicina, 572 têm até 50 mil beneficiários, o
941 que significa dizer que o cálculo atuarial precificado para cem mil vidas e avaliado
942 para que houvesse uma reserva estrutural para cobrir os riscos, não está
943 acontecendo em 572 empresas. Julgou que esse fato por si só já é alarmante,
944 mais ainda levando-se em conta que a faixa de 20 mil beneficiários compreende
945 421 empresas, ou seja, mais da metade das empresas têm menos de 20 mil
946 vidas em sua carteira, denotando que esse lastro, esse risco, não está coberto.
947 Completou que outro agravante é o fato de que o setor de saúde suplementar
948 não aceitar o resseguro, do sistema não permitir o descarregamento.
949 Levantando um outro problema, mostrou que: de dezembro/2016 a
950 dezembro/2018, 41 dessas empresas foram fechadas, somavam 749 e caíram
951 para 737; de março/2017 a março/2019, houve uma redução, aproximadamente,
952 de 550 mil beneficiários; entretanto, ocorreu um aumento de mais de 1100

953 produtos. Neste prisma, colocou que a preocupação é que a grande maioria
954 desses produtos está concentrada em planos coletivos, sendo que a maioria das
955 empresas hoje não oferece planos individuais e, por não oferecerem, a
956 negociação passa a ser feita diretamente com o contratante, que não conhece
957 bem as regras e, de novo, por não conhecerem aquilo que é risco e que está em
958 um patamar que deveria ser coberto por uma expansão atuarial, obviamente
959 desejada pelas operadoras por significar aumento de vidas cobertas, ou seja,
960 quanto mais ampla a expansão maior é a cobertura e maior é a segurança da
961 empresa, mas isso é fragmentado quando ele divide em produtos porque ele
962 também tem a oportunidade de negociar com o seu contratante aquele risco.
963 Resumindo, solicitou que a ANS deposite sua atenção sob a questão, que talvez
964 ainda não tenha sido percebida da maneira que acabara de colocar. Antes de
965 finalizar a apresentação, levou à baila mais um item de que a maior parte
966 daquelas 572 empresas faz parte do sistema Unimed, com o qual também há
967 bastante preocupação porque, das operadoras - é uma cooperativa, mas
968 funciona como operadora - é aquela que tem o sistema administrativo mais caro,
969 tendo em vista que cada uma das suas unidades tem uma administração
970 independente, que são defeituosas a medida em que o corpo técnico e médico
971 também é administrador. Sob este aspecto, entende que a ANS deve ficar muito
972 atenta por tratar-se de questão prestes a gerar seríssimos problemas. O Sr.
973 **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da ANS) aproveitou a
974 oportunidade para esclarecer que, numa perspectiva a longo prazo, ao se
975 observar do início da regulação até os dias atuais, de fato, o número de
976 operadoras vem diminuindo e o mercado ainda é bastante heterogêneo do lado
977 da oferta, com diversas operadoras de pequeno porte, conforme mencionado.
978 Registrou que, em que pese exista um risco maior para essas operadoras
979 menores, pela própria lei dos grandes números, um evento de saúde catastrófico
980 nessa operadora pode ser, realmente, comprometedor e isso já chamou a
981 atenção do órgão regulador, que inclusive já adotou algumas medidas de cunho
982 regulatório na tentativa de, ao menos, mitigar alguns efeitos. Neste aspecto, citou
983 como exemplo duas medidas tomadas pela ANS: uma foi a norma do Programa
984 de Escala Adequada, criada exatamente para incentivar que operadoras
985 pudessem, eventualmente, se unir aumentando a escala e, portanto, diluir
986 melhor o risco; outra foi o normativo que trata da possibilidade de

compartilhamento de risco entre operadoras de planos de saúde como forma também de viabilizar esse tipo de modelo de negócio, já que o resseguro não é permitido no nosso setor. Do ponto de vista da regulação econômica, destacou que, seja a operadora grande ou pequena, é preciso que as provisões sejam feitas de forma adequada e necessário ter um capital regulatório para lidar com esse risco, de fato, existente no setor. Disse que adicionaria aos comentários apresentados que, com os custos crescentes na área de saúde, realmente, o risco tende a aumentar a longo prazo. Agradeceu pela apresentação, a qual trouxe uma reflexão importante a ser feita pela Diretoria da ANS e seu corpo técnico, de um tema com o qual a Agência se preocupa e já vem debatendo, especialmente nesses dois exemplos de normativos, editados ao final de 2017.

O Sr. **João Alceu Amoroso Lima** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde) fazendo uma ressalva sobre a fala de que o mercado não tem acesso a resseguro, discordou vez que, embora as operadoras não tenham acesso a comprar o resseguro diretamente das resseguradoras, há empresas de seguro que já ofereceram coberturas acopladas como resseguro, naturalmente, via uma seguradora. Comentando que, inclusive trabalhou em corretora de resseguro onde isso era oferecido, compartilhou que, à época, havia um interesse muito reduzido do mercado brasileiro pelo resseguro, seja porque as grandes empresas não tem interesse por já terem tamanho suficiente para arcar com oscilações, mas, em especial as pequenas entendem que resseguro trata-se de simplesmente repassar uma ineficiência, um risco grande a outra empresa, quando, na verdade, o resseguro existe para, a médio e longo prazo, diminuir as oscilações entre picos de resultados negativos e positivos da ressegurada. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da ANS) complementou que, para ser rigoroso, as seguradoras especializadas em saúde podem contratar diretamente resseguro e as demais operadoras teriam essa opção colocada pela FenaSaúde, no entanto, com um custo a mais de contratar um intermediário para realizar. O Sr. **Carlos Alfredo Lobo Jasmin** (Associação Médica Brasileira – AMB) replicou que, ao se considerar que o grupo de pequenas empresas possa, no cálculo atuarial, reduzir a margem de ocorrência para poder suportar eventual risco, há que se levar em conta que isso gera aumento de custos e talvez o grande motivo pelo qual fujam do resseguro seja pelo fato de que acarretaria em mais um custo e passariam a não competir no mercado com a mesma avidez

1021 que as grandes empresas. O Sr. **Mauricio Dias Leister** (Ministério da Economia
1022 - área de Previdência) mencionando que aquela era a primeira reunião da
1023 CAMSS que participava e observando que seus dois colegas de Ministério não
1024 estavam presentes, registrou que, na prática, os assuntos do dia-a-dia da
1025 CAMSS guardam muito pouca relação com a sua área de atuação - Previdência
1026 Complementar. Comentou que, provavelmente, por conta da reorganização
1027 ministerial, o Ministério da Economia acabou ficando com três assentos em uma
1028 Câmara da área de saúde, enquanto há apenas um representante do Ministério
1029 da Saúde. Dessa forma, considerando a questão da desburocratização,
1030 questionou se poderia ser feita uma revisão no Regimento Interno da Câmara de
1031 Saúde Suplementar a fim de que seja revista a representação do Ministério da
1032 Economia. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da ANS)
1033 esclareceu que a Lei nº 9.961/2000 prevê a participação dos Ministérios da
1034 Fazenda, Trabalho e Previdência, que foram aglutinados no Ministério da
1035 Economia e por isso foi feito o convite para participação. No entanto, observou
1036 que, obviamente, cabe ao próprio Ministério decidir se quer participar ou não
1037 desses debates e informou que eventual manifestação neste sentido poderia ser
1038 apresentada à própria secretaria que organiza a Câmara de Saúde Suplementar.
1039 O Sr. **Emmanuel de Souza Lacerda** (Confederação Nacional da Indústria – CNI)
1040 pediu a palavra para fazer a prévia do convite que seria encaminhado aos
1041 membros da CAMSS para participação no 2º Seminário Internacional SESI de
1042 Saúde Suplementar, a ser realizado no World Trade Center em São Paulo, no
1043 dia 24/9/2019, que contaria com a participação do Diretor-Presidente da ANS na
1044 abertura, bem como de outros colegas do Ministério da Saúde e Diretores
1045 Executivos de grandes empresas contratantes, que abrilhantarão o Encontro.
1046 Informou que seriam discutidas questões como gestão de planos de saúde; o
1047 papel dos contratantes nos desenhos de sistemas de saúde; parcerias com o
1048 IHI, citado na apresentação do Programa de APS; remuneração baseada em
1049 valor; informação no sistema de saúde. Divulgou que essa importante parceria,
1050 que está pelo segundo ano sendo concluída, foi realizada já em quatro praças
1051 no Brasil - Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Paraná – por meio de Encontros
1052 com *Stakeholders* do setor de saúde suplementar, com a participação de mais
1053 de 386 pessoas, eventos abertos ao público, porém, infelizmente, limitados,
1054 motivo pelo qual não foi possível atender a todas as demandas. Em nome do

1055 SEI, assinalou que somente a partir do diálogo se é capaz de construir um
1056 sistema de saúde suplementar realmente sustentável e registrou alguns pontos
1057 muito positivos, oriundos desses diálogos entre todos os participantes: a
1058 existência de uma grande oportunidade de construção de soluções com
1059 desenhos dos vários *Stakeholders*, então, acredita-se que todo esse esforço que
1060 a ANS empreende de buscar as operadoras seja o caminho, mas nesse
1061 processo os projetos-piloto podem ser ampliados para outros *Stakeholders*; a
1062 questão de integração de dados, assunto muito relevante para os contratantes;
1063 modelo assistencial; atenção primária à saúde, dentre outras. Ao final, fez uma
1064 solicitação de pauta para a próxima reunião da CAMSS para apresentação, de
1065 uma forma estruturada, sobre o cômputo desses eventos e do Seminário que
1066 ainda seria realizado. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente da
1067 ANS) agradeceu a todos os participantes presenciais e aos que assistiam pela
1068 internet e deu por encerrada a 99ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

1069

1070 Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

1071

1072 Ministério da Saúde

1073

1074 Ministério da Economia - área da Fazenda

1075

1076 Ministério da Economia - área de Previdência

1077

1078 Ministério da Economia - área do Trabalho

1079

1080 Ministério da Justiça e Segurança Pública

1081

1082 Ministério Público Federal - MPF

1083

1084 Conselho Nacional de Saúde - CNS

1085

1086 Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass

1087

1088 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems

1089

1090 Conselho Federal de Medicina - CFM

1091

1092 Conselho Federal de Odontologia - CFO

1093

1094 Conselho Federal de Enfermagem - Cofen

1095

1096 Federação Brasileira de Hospitais - FBH

1097

1098 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNSaúde

1099

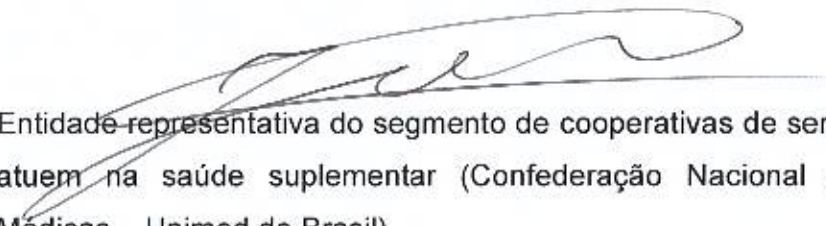
1100 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades

1101 Filantrópicas - CMB

1102

1103 Confederação Nacional da Indústria - CNI

1104

- 1105 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo- CNC
- 1106
- 1107 Central Única dos Trabalhadores - CUT
- 1108
- 1109 Força Sindical
- 1110
- 1111 União Geral dos Trabalhadores - UGT
- 1112
- 1113  Federação Nacional de Saúde Suplementar - Fensaúde
- 1114
- 1115 Associação Médica Brasileira - AMB
- 1116
- 1117 Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp
- 1118
- 1119 Entidade representativa do segmento de autogestão de assistência à saúde
- 1120 (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas)
- 1121
- 1122 Entidade representativa do segmento de medicina de grupo (Sindicato Nacional
- 1123 das Empresas de Medicina de Grupo - Sinamge)
- 1124
- 1125  Entidade representativa do segmento de cooperativas de serviços médicos que
- 1126 atuam na saúde suplementar (Confederação Nacional das Cooperativas
- 1127 Médicas – Unimed do Brasil)
- 1128

1129 Entidade representativa do segmento de odontologia de grupo (Sindicato
1130 Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo - Sinog)

1131

1132 Entidade representativa do segmento de  cooperativas de serviços odontológicos
1133 que atuem na área de saúde suplementar (Central Nacional de Cooperativas
1134 Odontológicas – Uniodonto do Brasil)

1135

1136 Entidade representativa do segmento de administradoras de benefícios
1137 (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios - Anab)

1138

1139 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Fundação
1140 Procon São Paulo)

1141

1142 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Instituto
1143 Municipal de Proteção e Defesa do Consumidor - Procon Carioca)

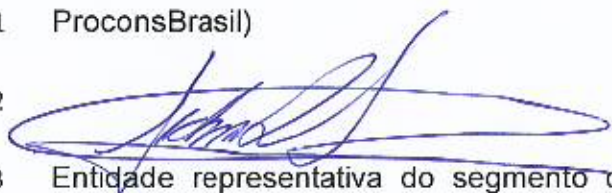
1144

1145 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Núcleo de
1146 Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro –
1147 Nudecon-RJ)

1148

1149 Entidade representativa do segmento de associações de consumidores de
1150 planos privados de assistência à saúde (Associação Brasileira de Procons -
1151 ProconsBrasil)

1152

1153 Entidade representativa do segmento de  associações de consumidores de
1154 planos privados de assistência à saúde (Associação Nacional do Ministério
1155 Público do Consumidor - MPCon)

1156

1157 Entidade representativa do segmento de patologias especiais (Amigos Múltiplos
1158 pela Esclerose – AME)

1159

1160 Entidade representativa do segmento de patologias especiais (Associação
1161 Brasileira Superando o Lupus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO)

1162

1163 Entidade representativa do segmento de patologias especiais (Associação
1164 Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – Abraz)

1165

1166 Entidade representativa do segmento de patologias especiais (Federação
1167 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – Femama)

1168

1169 Entidade representativa do segmento de pessoas com deficiência (Associação
1170 de Pais, Amigos e Pessoas com Deficiência, de Funcionários do Banco do Brasil
1171 e da Comunidade - APABB)

1172

1173 Entidade representativa do segmento de pessoas com deficiência (Federação
1174 Nacional de Educação e Integração dos Surdos - Feneis)

1175

1176 Entidade representativa do segmento de pessoas com deficiência (Associação
1177 Brasileira de Ostomizados – Abraso)

1178

1179 Entidade representativa do segmento de pessoas com deficiência (Organização
1180 Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF)

1181