



## AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

### Ata da 96ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Data: 17/12/2018  
Local: Bolsa de Valores do Rio; Praça XV de Novembro, 20 – Térreo – Centro  
Rio de Janeiro

1   **ABERTURA** – No dia 17 de dezembro do ano de 2018, às 14 horas, no Centro  
2   de Convenções Bolsa de Valores, no Rio de Janeiro, Praça XV de Novembro, nº  
3   20, no Salão Nobre, Térreo, Centro, teve início a 96<sup>a</sup> 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 número 2.177, versão  
8   44. A reunião foi presidida pelo Sr. **Leandro Fonseca da Silva**, Diretor-  
9   Presidente Substituto da ANS e Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras  
10   da ANS, estando presentes os membros titulares e suplentes, conforme lista de  
11   presença apensa. Estavam também presentes na reunião o Diretor de Gestão  
12   da ANS, Sr. **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**; o Diretor de  
13   Desenvolvimento Setorial da ANS, Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar**; o Diretor  
14   de Normas e Habilitação dos Produtos, Sr. **Rogério Scarabel Barbosa**; e a  
15   Diretora de Fiscalização da ANS, Sra. **Simone Sanches Freire**. O Sr. Leandro  
16   **Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), saudando a todos,  
17   deu início à reunião, cuja pauta teve a seguinte dinâmica: I – **Abertura**; II –  
18   **Informes**; III - **Apresentações e Debates**; e IV – **Encerramento**.  
19   Primeiramente, justificou que o Senhor Ministro de Estado da Saúde, Gilberto  
20   Magalhães Occhi, teve uma convocação para uma audiência e, por isso, não  
21   poderia comparecer, conforme originalmente previsto. Dos informes gerais,  
22   comunicou que: o link para acesso ao Relatório de Monitoramento da Agenda  
23   Regulatória da ANS, a Lista de Eventos Previstos e as resoluções normativas  
24   publicadas desde a reunião anterior foram encaminhados aos membros da  
25   CAMSS, por e-mail, no dia 11/12/2018; que não houve nenhum pedido de  
26   alteração da Ata da 95<sup>a</sup> Reunião Ordinária da CAMSS, a qual, portanto, estava  
27   sendo disponibilizada para coleta de assinatura; que foram nomeados novos  
28   membros da CAMSS, por meio da Portaria nº 10.092, de 12 de dezembro de  
29   2018, que formalizou a alteração do representante da Confederação das Santas  
30   Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), Sr. Rogerio  
31   Araujo Medeiros - titular, e do representante do segmento de entidades de  
32   patologias especiais, Associação Brasileira de Talassemia (Abrasta), Sr.  
33   Eduardo Maércio Fróes - suplente; e um informe extra pauta de que, em breve,  
34   seria encaminhada aos membros da CAMSS, para fins de conhecimento prévio

35 e eventuais comentários, uma proposta de alteração do Regimento da Câmara  
36 de Saúde Suplementar. Em seguida, passou a palavra ao Sr. Rogério Scarabel  
37 Barbosa, Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, que faria um  
38 informe sobre Audiência Pública. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor de  
39 Normas e Habilitação dos Produtos da ANS) discorreu sobre a proposta da nova  
40 metodologia de reajuste para os planos individuais/familiares. Ressaltando as  
41 reuniões realizadas com os integrantes do Comitê de Regulação e Estrutura dos  
42 Produtos, em 08 de dezembro de 2017 e 06 de fevereiro de 2018, e também as  
43 discussões no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar, reforçou que, com o  
44 objetivo de ampliar essas discussões com os integrantes do setor, foram  
45 realizadas Audiências Públicas acerca da Política de Reajuste de Preços na  
46 Saúde Suplementar, a primeira nos dias 24 e 25 de julho de 2018, que contou  
47 com 130 participantes, e outra mais recente no dia 13 de novembro, que recebeu  
48 143 participantes, com destaque para a Universidade de São Paulo (USP) e  
49 Fundação Getúlio Vargas (FGV). Registrhou que, além das Audiências Públicas,  
50 a ANS promoveu uma série de reuniões com entidades de defesa do  
51 consumidor, órgãos do governo e integrantes do setor de planos de saúde -  
52 Fundação Procon/SP, Proteste, Idec, Nudecon/RJ, Fenasaúde, Abramge,  
53 Unimed do Brasil, Senado Federal, TCU, MPF e MP/RJ. Acrescentou que, entre  
54 os dias 8 e 18 de novembro, a ANS disponibilizou um formulário para  
55 recebimento de contribuições quanto à nova metodologia para todas as pessoas  
56 no Brasil que não pudessem participar da Audiência Pública, o que resultou em  
57 144 contribuições. Explicou que a proposta da metodologia de reajuste traz uma  
58 ponderação de 80% da variação das despesas assistenciais (IVDA) e 20% de  
59 despesas não assistenciais (IPCA expurgado) e apontou, como avanços do novo  
60 modelo, o fato de que agora os dados são efetivamente do próprio mercado de  
61 planos individuais/familiares, são públicos e auditados. Finalizou dizendo que a  
62 proposta da nova metodologia de reajuste individual seria deliberada na reunião  
63 da Diretoria Colegiada (Dicol/ANS) do dia seguinte, 18 de dezembro. O Sr.  
64 **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) prosseguiu  
65 com a pauta para a parte de Apresentações e Debates e, fazendo uma inversão  
66 na ordem das duas primeiras apresentações, convidou o Sr. Bruno Martins  
67 Rodrigues, Gerente-Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado  
68 (GGAME), da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS

69 (DIOPE/ANS) para apresentar o item 3.2 da pauta - Resolução Normativa (RN)  
70 nº 435/2018, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as  
71 operadoras de planos de assistência à saúde. O Sr. **Bruno Martins Rodrigues**  
72 (GGAME/DIOPE/ANS) disse que traria, de forma bem suscinta, a proposta  
73 aprovada na última reunião de Diretoria Colegiada sobre as alterações do Plano  
74 de Contas Padrão da ANS, que trata de todas as normas, procedimentos, regras  
75 e toda a atividade inerente a contabilização das operações de planos privados  
76 de assistência à saúde. Explicou que as revisões ocorrem periodicamente,  
77 sendo extremamente necessária a reciclagem a fim de que haja melhor forma  
78 de aplicação dos registros contábeis, em função de novas dinâmicas, de novas  
79 operações e da evolução da própria regulação. Informou que essa última revisão,  
80 trabalho desenvolvido ao longo de 2018 e que teve início ao final de 2017 quando  
81 realizada a primeira reunião do Comitê Contábil, teve como base 4 anexos que  
82 compõem o normativo: Capítulo I – Normas Gerais, alteradas para deixar mais  
83 claro ao setor as tratativas dos Pronunciamentos Técnicos (CPC's) revogados e  
84 dos novos CPC's que estão sendo incorporados à legislação contábil brasileira  
85 e as adaptações feitas especificamente para o setor de saúde suplementar;  
86 Capítulo II – Plano de Contas, trabalhado todo o elenco, codificação contábil,  
87 que passou por uma série de aberturas motivadas, principalmente, pela previsão  
88 de novos modelos de remuneração a prestadores, além do *free-for-service*;  
89 Capítulo III – Modelos de Publicação das Demonstrações Financeiras; Capítulo  
90 IV - Manual Contábil, que, dada a incorporação de novas operações, traz uma  
91 exemplificação da forma com que essas operações devem ser registradas e o  
92 tratamento contábil necessário a essas operações principais. Destacou que esse  
93 trabalho de revisão foi fruto de uma vasta discussão, em quatro grandes reuniões  
94 do Comitê Contábil, que contou com a participação de todas as entidades que  
95 representam as operadoras do setor, juntamente com representantes do  
96 Conselho Federal de Contabilidade (CFC), do Instituto dos Auditores  
97 Independentes do Brasil (Ibracon) e do meio acadêmico, grupo muito qualificado  
98 e participativo, que contribuiu para que se chegasse a uma proposta bastante  
99 trabalhada e sólida, debatida na Audiência Pública, realizada em 18 de setembro  
100 de 2018, com ampla participação da sociedade. Passou a discorrer sobre as  
101 principais alterações trazidas pelo novo normativo. A primeira, a possibilidade do  
102 envio eletrônico das demonstrações financeiras e não mais por meio físico, tendo

103 em vista que hoje em torno de 80% dos processos da Agência já estão em  
104 formato eletrônico, proporcionando mais agilidade. A segunda, a oportunidade  
105 de publicação das demonstrações no site das operadoras, retirando a  
106 necessidade de publicação em jornal de grande circulação local, dado o  
107 entendimento de que essa nova forma propicia mais abrangência e facilidade ao  
108 acesso daqueles interessados em fazer a avaliação das demonstrações das  
109 operadoras. Outra novidade proposta é uma maior transparência ao processo de  
110 análise, adaptação e validação das alterações nos CPC's, com a ideia de que a  
111 Agência, junto ao Comitê Contábil, se debruce ao longo do ano para avaliar a  
112 pertinência, oportunidade e os impactos que determinado novo pronunciamento  
113 contábil possa ter sobre o setor. Mais uma alteração é a realização do Teste de  
114 Adequação de Passivo (TAP), que é a apuração do fluxo de receitas e despesas  
115 de todos os contratos das operadoras trazidas a valor presente que, conforme  
116 previsão no CPC nº 11, tem como consequência o provisionamento dos saldos  
117 de contratos em desequilíbrio por tipo de contrato, sendo que, num primeiro  
118 momento, o objetivo da norma é apenas que as operadoras façam a apuração  
119 desse fluxo, sem necessidade de provisionamento especificamente para o TAP,  
120 porém com a obrigatoriedade registro em Notas Explicativas daqueles contratos  
121 que apresentarem algum tipo de desequilíbrio na efetuação do teste. Por fim,  
122 foram feitos diversos ajustes e reorganização na codificação do Plano de Contas  
123 Padrão, para melhor espelhar as operações de compartilhamento de risco, as  
124 operações de registro de pagamento de prestadores por outras modalidades e  
125 outras tantas demandas que o setor tinha de ajustes específicos, que também  
126 foram discutidas dentro do Comitê Contábil. O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto**  
127 (Cooperativas de Serviços Odontológicos - Uniodonto) elogiou a equipe com  
128 relação ao Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar,  
129 que já havia melhorado bastante e agora ainda mais, no entanto, chamou a  
130 atenção para que nele seja inserida a data e para que haja fácil acesso a fim de  
131 que se possa acompanhar sua evolução, não só por meio do histórico, mas com  
132 o conteúdo do que, de fato, foi alterado. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva**  
133 (Diretor-Presidente Substituto da ANS), não havendo mais comentários,  
134 agradeceu ao Sr. Bruno Rodrigues e, retomando a primeira apresentação  
135 prevista, item 3.1 da pauta - Agenda Regulatória da ANS, pediu à Sra. Mirella  
136 Jordão Amorim, Gerente de Planejamento e Acompanhamento (GEPLAN), da

137 Secretaria Geral da ANS (SEGER/ANS), que fizesse sua apresentação. A Sra.  
138 **Mirella Jordão Amorim** (~~GEPLAN~~/SEGER/ANS) deu início a um informe rápido  
139 sobre o andamento da Agenda Regulatória da ANS, tanto no que diz respeito ao  
140 monitoramento das ações da agenda vigente até dezembro de 2018, quanto das  
141 ações que estão sendo adotadas para a próxima agenda. Considerando que  
142 aquela agenda seria fechada somente em janeiro de 2019, explicou que o  
143 monitoramento exposto no gráfico se referia ao terceiro trimestre e traçou o  
144 cenário atual: das 116 entregas intermediárias previstas, quase 70% estão  
145 concluídas, em torno de 18% estão atrasadas, 7.76% em andamento e 5% ainda  
146 não iniciadas, as quais, possivelmente serão deslocadas para a próxima agenda.  
147 Relembrando que, na última reunião da CAMSS, foi aberta aos seus membros a  
148 possibilidade de contribuir de maneira livre para os temas que serão abordados  
149 na próxima agenda, informou que foram recebidas ao todo 54 contribuições  
150 agrupadas em torno de 27 assuntos, das seguintes entidades: Defensoria  
151 Pública do Rio de Janeiro, Conselho Nacional de Saúde, Fenasaúde, Unidas,  
152 Sinog, Abramge, MPcon e Anahp. Informou ainda que essas contribuições foram  
153 encaminhadas para as respectivas áreas da ANS e que será dado um retorno  
154 às entidades quanto ao acatamento ou não no momento em que a agenda  
155 construída for colocada para a consulta pública. Mencionando que o  
156 planejamento estratégico da Agência acaba de passar por um processo de  
157 revisão, sinalizou que haverá uma mudança no modelo da Agenda 2019-2021,  
158 que, basicamente, traz uma correlação direta com o Mapa Estratégico da  
159 instituição, bem como o estabelecimento de uma padronização das fases de  
160 modo que o monitoramento da agenda pelo público externo seja de mais fácil  
161 acompanhamento e visualização e uma padronização também no formato dos  
162 prazos. Pontuou as próximas atividades previstas para a Agenda 2019/2021:  
163 consolidação das propostas das Diretorias; apreciação da Diretoria Colegiada e  
164 autorização para colocar em Consulta Pública; análise das contribuições da  
165 Consulta Pública; devolução das contribuições às Diretorias para apreciação;  
166 consolidação da proposta final; aprovação pela Diretoria Colegiada; e, por fim, a  
167 publicação da Portaria com a nova Agenda., cuja previsão é fevereiro de 2019.  
168 Finalizou, se colocando à disposição para dirimir quaisquer dúvidas. O Sr.  
169 **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) agradeceu a  
170 Sra. Mirella Jordão Amorim e, como não houve questionamentos, prosseguiu

para o item 3.3 da pauta, cedendo a palavra ao Sr. Rogério Scarabel para falar sobre a Resolução Normativa que trata do processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS) relatou que, no dia 3 de dezembro, foi feita uma aprovação da nova metodologia do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, deixando claro que é uma metodologia de como será feita a apresentação das tecnologias a serem incorporadas e não a incorporação propriamente dita. Explicou que o objetivo geral da revisão regulatória de criar a metodologia foi para definir claramente, em um normativo, as etapas e fluxos para a atualização do Rol, tendo como objetivos específicos: propor o aprimoramento do processo de atualização do Rol; garantir maior segurança jurídica aos atos administrativos; dar previsibilidade aos atores da saúde suplementar de como seria essa incorporação e quais seus requisitos; estabelecer critérios de conformidade e parâmetros técnicos; estabelecer as instâncias decisórias; e aprimorar a transparência dos atos institucionais. Como pontos relevantes, citou: a abertura do formulário de apresentação de propostas de atualização do Rol para toda a sociedade, por meio da qual qualquer cidadão ou instituição pode, não apenas fazer sua proposição, mas também sua apresentação e defesa; a periodicidade de 2 anos; definição dos critérios e etapas para elegibilidade das submissões; definição do escopo das análises técnicas; e a delimitação clara das etapas do processo, bem como dos produtos de cada etapa. Esclareceu que a proposta está alinhada com as diretrizes metodológicas do Ministério da Saúde, na elaboração dos Pareceres Técnicos Científicos, nos Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde e na Análise de Impacto Regulatório. Registrhou os requisitos obrigatórios para a elegibilidade de uma proposta, dispostos no artigo 9º da norma: identificação do proponente; identificação clara do tipo da proposta de atualização; descrição da tecnologia; indicação de uso; delimitação do público-alvo; a descrição do problema de saúde; a tecnologia alternativa, se existe; benefícios clínicos à saúde; se há registro na Anvisa; comprovação da tecnologia em tabela profissional ou na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), capacidade técnica instalada para receber essa tecnologia no âmbito da saúde suplementar; a avaliação econômica; análise de impacto orçamentário; textos completos dos artigos; e referências bibliográficas. O Sr. **Alessandro Piccolo**

205   **Acayaba de Toledo** (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios –  
206   ANAB), primeiro, parabenizou pela explanação e iniciativa de transparência que  
207   traz ganho a toda a sociedade. Porém, argumentou que a atualização do Rol de  
208   Procedimentos e Eventos em Saúde, obviamente, culmina no incremento de  
209   novos procedimentos e sua resultante, muitas vezes, é a inclusão desse  
210   incremento no cálculo feito pelas operadoras para efeitos de aplicação de  
211   reajuste, discussão da qual as administradoras também participam. Assim,  
212   perguntou de que forma essa questão será alcançada para que o consumidor  
213   entenda como é feita e qual o impacto esta inclusão, questionamento que tem  
214   sido apresentado, inclusive, pelo próprio Ministério Público. O Sr. **Rogério**  
215   **Scarabel Barbosa** (Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS)  
216   esclareceu que o objetivo da Agência é o de que todas as suas normas e  
217   metodologias sejam bem transparentes, o que motivou a criação de um  
218   normativo específico sobre a metodologia. Informou que, será realizada, ainda  
219   sem data marcada, uma oficina para explanação desse Rol com o intuito de  
220   clarificar o impacto da incorporação tecnológica que pode vir a afetar o cálculo  
221   do reajuste. Completou que a pertinência do questionamento apresentado está  
222   demonstrada na proposta do reajuste, que trará a variação da despesa  
223   assistencial e a importante discussão com a sociedade, com comunicação clara  
224   para empoderamento das pessoas para que tenham conhecimento e se  
225   preocupem com o custo. O Sr. **Carlos Norberto Varaldo** (Entidade de  
226   Patologias Especiais – AIGA), argumentando que o setor de saúde suplementar  
227   não pode ficar atrás do que está sendo oferecido pelo sistema público, disse que  
228   precisa ser revisto o fato de que, aprovado um procedimento na Comissão  
229   Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), o Ministério da  
230   Saúde tem até 180 dias para implementação, enquanto que na ANS pode  
231   demorar dois 2 anos até o próximo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.  
232   E, como outro ponto, reivindicou que toda sugestão feita pelo formulário deveria  
233   ter uma resposta, pelo menos individual, para aquela instituição ou indivíduo que  
234   realizou a proposta. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor de Normas e  
235   Habilitação dos Produtos da ANS) respondeu que todas as questões  
236   apresentadas no formulário vêm com suas justificativas, em seus relatórios, são  
237   publicadas a razão do acatamento ou do não acatamento e que a questão do  
238   direcionamento à instituição ou cidadão num documento formal poderia ser

239 estudada. Quanto ao primeiro questionamento, explicou que optou-se por  
240 manter a questão dos dois anos até mesmo para que se dê uma previsibilidade  
241 ao mercado, entendido pela ANS como um período de segurança necessário e  
242 atualmente suficiente para o incremento de análises orçamentárias, de  
243 efetividade, de custos, de evidências, porém, ressaltou que a Agência não está  
244 fechada a, a partir de agora, começar a pensar no aprimoramento da norma e  
245 seguir em direção para, quem sabe, se chegar na possibilidade de fazer essa  
246 incorporação tal como a CONITEC. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-  
247 Presidente Substituto da ANS) complementou que, salvo engano, a norma  
248 também prevê que eventuais alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em  
249 Saúde podem ser feitas a qualquer tempo. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa**  
250 (Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS) reforçou que existe sim  
251 essa previsão de incorporação a qualquer momento desde que o tema seja  
252 extraordinário, tenha uma justificativa, traga impacto à sociedade, tenha impacto  
253 orçamentário condizente, a exemplo do caso do vírus Zika. O Sr. **Carlos Alfredo**  
254 **Lobo Jasmin** (Associação Médica Brasileira – AMB) manifestou que a AMB  
255 entende essas mudanças de forma um tanto quanto contrária ao que está sendo  
256 apresentado. Nesse sentido, apontou que as sociedades médicas que tentavam  
257 fazer a apresentação de qualquer proposta para o Rol tinham uma imensa  
258 dificuldade em seguir todo o trâmite que já estava estabelecido e, para isso,  
259 sempre utilizaram a AMB como meio de organização e apresentação desses  
260 projetos. Exemplificando que na última apresentação foram mais de 200  
261 propostas e apenas em torno de 20 foram autorizadas, complementou que a  
262 abertura para que qualquer pessoa faça a apresentação, nos moldes da  
263 CONITEC, pode ser ótima em termos de conferir transparência, entretanto,  
264 cumprir cada etapa que está sendo colocada será impraticável, pois haverá um  
265 grande aumento na quantidade de sugestões e apresentações, o que vai  
266 avolumar o processo sem que haja o necessário filtro de quem detém algum  
267 conhecimento para avaliar a pertinência da proposta. Concordou com a fala do  
268 Sr. Carlos Varaldo nas duas colocações, tanto em relação à comparação entre  
269 o prazo de dois anos da ANS e o de seis meses da CONITEC, que agiliza o  
270 processo, quanto em relação ao encaminhamento de resposta pela ANS,  
271 compromisso que não está previsto no texto da proposta de normativo. O Sr.  
272 **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da

273 ANS), em relação à resposta, esclareceu que o texto prevê a elaboração do  
274 relatório, apresentado para apreciação da Diretoria Colegiada e que contém  
275 todas as justificativas do que foi e do que não foi acatado. Quanto ao prazo,  
276 convidou a Sra. Ana Cristina Martins, Coordenadora de Gestão de Tecnologias  
277 em Saúde, para fazer a explicação técnica. A Sra. **Ana Cristina Martins**  
278 (COGEST/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS), explicando que a Agência trabalha em  
279 uma única etapa em dois anos, porém com uma tabela que resulta num elevado  
280 número de procedimentos, informou que a CONITEC tem 180 dias para análise,  
281 90 dias de prorrogação - que é utilizada para a maioria das tecnologias - e mais  
282 180 dias para a disponibilização do procedimento, ou seja, num processo  
283 contínuo um procedimento pode durar até um ano e alguns meses, então,  
284 apontou que a diferença real de prazo de implementação entre a CONITEC e a  
285 Agência é de apenas seis a nove meses. O Sr. **Carlos Norberto Varaldo**  
286 (Entidade de Patologias Especiais – AIGA) discordou frisando que são 180 dias  
287 após a aprovação. Ressaltou que a vantagem da CONITEC é que todo o estudo  
288 de fármaco-economia é feito previamente, até porque, hoje, para a CONITEC, o  
289 mais importante é o custo do procedimento, se não for mais barato que o  
290 procedimento atual ela não aprova, o que configura uma vantagem até para a  
291 própria ANS. Sra. **Ana Cristina Martins** (COGEST/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS)  
292 replicou ter sido exatamente o que ela disse, repetindo que a diferença maior  
293 está no tipo de processo, enquanto a CONITEC trabalha com 180 dias para  
294 análise, prorrogáveis por 90 dias e mais 180 para disponibilização, a ANS no Rol  
295 trabalha com 2 anos para disponibilizar. Em relação à questão da abertura de  
296 apresentação de propostas do Rol para toda a sociedade, ressaltou que o  
297 processo de aprimoramento dessas demandas vem acontecendo desde 2010 e  
298 agora, de fato, esses requisitos ficaram mais semelhantes aos da CONITEC.  
299 Consignou que há vários pareceres técnicos do Ministério da Saúde que podem  
300 ser utilizados como exemplo do que se está propondo e, inclusive a ANS  
301 participou da construção das primeiras diretrizes metodológicas, que já estão  
302 sendo utilizadas há bastante tempo e que tem respaldo para orientar  
303 metodologicamente, portanto, o justificável alinhamento. Frisou que, ainda que  
304 haja um considerável aumento de propostas mais limitadas, nem todas terão  
305 condições de atingir todas as etapas, elas passarão sim por uma primeira  
306 filtragem quanto ao impacto orçamentário, avaliação econômica e discussão das

307 evidências e somente aquelas que cumprirem a elegibilidade passarão à  
308 próxima etapa de discussão no Comitê Permanente de Regulação da Atenção à  
309 Saúde - COSAÚDE, que continua tendo papel importante e será um *Locus* de  
310 discussão das tecnologias que, de fato, estiverem embasadas e contenham  
311 evidências. Complementou que, conforme já falado pelo Sr. Rogério Scarabel,  
312 será disponibilizada uma Nota Técnica com os resultados dessa elegibilidade,  
313 com previsão de divulgação pelo site da ANS e no COSAÚDE. A Sra. **Lenir**  
314 **Santos** (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS)  
315 solicitou ao Sr. Rogério Scarabel dois esclarecimentos: quem mede o índice de  
316 valores de despesas assistenciais e como é obtido o acesso aos bens e serviços  
317 que são expurgados no IPCA. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor de  
318 Normas e Habilitação dos Produtos da ANS) respondeu que a medida é feita  
319 com base nas informações que são apresentadas pelas operadoras no  
320 Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de  
321 Assistência à Saúde (Diops/ANS), dados esses que são auditados. Em relação  
322 ao expurgo que é feito no IPCA, informou que a previsão consta da alínea 62 da  
323 proposta, que fala sobre plano de saúde e despesas médicas, e que o índice  
324 está numa fórmula única, a título de evitar que, no ano seguinte, venha a compor  
325 a variação. A Sra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes** (Federação Nacional de  
326 Saúde Suplementar – Fenasaúde) reconheceu que está havendo realmente um  
327 processo de aperfeiçoamento dessa metodologia, porém, reiterou a  
328 preocupação do impacto financeiro e, portanto, orçamentário desses novos  
329 procedimentos a serem incorporados. Acrescentou que a Fenasaúde, nessa  
330 última alteração, fez um estudo reconhecido que também merece  
331 aperfeiçoamento em sua tecnologia. Assim, julgou positiva a dedicação da  
332 Agência no sentido de caminharem juntos para encontrar, realmente, um modelo  
333 que chegue o mais próximo possível desse impacto, o que é muito importante  
334 não só para as operadoras, como para os consumidores e todos que desejam  
335 acessar o sistema de saúde suplementar. O Sr. **Reinaldo Camargo Scheibe**  
336 (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE), em  
337 relação à questão do equilíbrio que a ANS vem tentando buscar, registrou  
338 preocupação com algumas questões, como a ampliação do plano de contas que  
339 sinaliza novas despesas e precisa ser clarificada, bem como o processo de  
340 modernização e atualização da norma de reajuste prestes a ser publicada e que

341 também trará impactação no sistema. Neste sentido, chamou a atenção para o  
342 cuidado que deve ser tomado com a ampliação do Rol, levando-se em conta que  
343 o orçamento do mercado é finito e, assim, corre-se o risco de comprometer os  
344 recursos, inclusive, para cobertura do mínimo a ser oferecido. Dessa forma,  
345 reiterou que o equilíbrio que a Agência vem buscando nessas publicações é de  
346 extrema importância e manifestou esperar que se continue trabalhando nesta  
347 linha, pois ainda há muita surpresa pela frente. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva**  
348 (Diretor-Presidente Substituto da ANS) passou a palavra novamente ao Diretor  
349 da DIPRO para falar sobre a Portabilidade de Carências, item de pauta 3.4 -  
350 Apresentação da Resolução Normativa nº 438/2018. O Sr. **Rogério Scarabel**  
351 **Barbosa** (Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS) informando  
352 que no dia 3 de dezembro foi aprovada a Portabilidade de Carências, registrou  
353 suas principais características: estender a portabilidade aos beneficiários dos  
354 planos coletivos empresariais; excluir os quatro meses para troca, ou seja, o fim  
355 da janela para realização da portabilidade, podendo o beneficiário solicitar a  
356 qualquer momento; o fim da exigência de compatibilidade por tipo de cobertura,  
357 permitindo-se a mudança para plano com tipo de cobertura maior que o de  
358 origem, quer dizer, o beneficiário carregará consigo as carências já cumpridas  
359 restando apenas o que ainda não cumpriu. Citou algumas outras mudanças em  
360 relação às regras atuais da RN nº 186/2009 e as novas regras da RN nº  
361 438/2018: amplia a exigência de compatibilidade; não exige compatibilidade de  
362 preço para Portabilidade Especial por Liquidação de Operadora; não há  
363 exigência da compatibilidade de preço para planos em pós-pagamento; a  
364 extensão da portabilidade comum para beneficiários de plano coletivo que  
365 tiveram seu contrato coletivo rescindido, ou seja, até aquelas pessoas que  
366 pediram para sair do emprego carregarão consigo a portabilidade. Por fim,  
367 registrou que a proposta: vem sendo estudada desde 2014; amplia a  
368 portabilidade para os 67% de beneficiários dos planos coletivos empresariais; a  
369 ANS não tem participação direta na aquisição ou portabilidade; e que os prazos  
370 de permanência continuam os mesmos, dois anos e três anos em caso de DLP.  
371 A Sra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes** (Federação Nacional de Saúde  
372 Suplementar – Fenasaúde), mais uma vez parabenizou a Agência considerando  
373 como bem-vindo o aperfeiçoamento da norma de portabilidade, que contempla  
374 o desejo desses beneficiários, comungado pelas operadoras. Todavia, observou

que não houve o acatamento de nenhuma sugestão oferecida pela Fenasaúde e que, com relação às faixas, embora tenham aumentado de quatro para cinco, essas continuam inadequadas. Assim, chamando atenção para a questão da seleção adversa vis-à-vis, advertiu para o cuidado que se deve ter com o aumento de custos. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS) convidou o Sr. Rafael Pedreira Vinhas, Gerente-Geral de Regulatória da Estrutura dos Produtos, para fazer alguns esclarecimentos mais técnicos sobre a ponderação apresentada. O Sr. **Rafael Pedreira Vinhas** (GGREP/DIPRO/ANS) complementando a apresentação do Sr. Rogério, ressaltou a importância de que, somado aos estudos realizados, a norma de portabilidade de carências contemplou a ampla participação social. Registrhou que todas as contribuições foram levadas em consideração, analisadas e constam do relatório da Consulta Pública, além de todo o debate no âmbito da Diretoria Colegiada e das ponderações feitas no Comitê, inclusive a questão da criação da 6<sup>a</sup> faixa de compatibilidade para planos e da proposta, salvo engano, trazida pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro sobre a possibilidade da portabilidade especial nos casos de contratos coletivos rescindidos, além da questão da compatibilidade para planos odontológicos. Consentiu que ainda há questões pontuais que podem ser observadas e disse que a Agência está aberta para quaisquer esclarecimentos e/ou sugestões enquanto a norma não entra em vigor (junho/2019). A Sra. **Patrícia Cardoso Maciel Tavares** (Entidade de Defesa do Consumidor – Nudecon/RJ) consignou que, realmente, a Defensoria fez a sugestão da portabilidade para os planos coletivos por entender como uma necessidade percebida na ponta do atendimento das pessoas e, de fato, foi acatada praticamente na íntegra, da mesma forma com relação ao fim da janela para realização da portabilidade. Assim, disse acreditar que essa nova norma será um divisor de águas e trará um dinamismo muito maior para a movimentação e manutenção dos consumidores no setor de saúde suplementar. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) tendo sido finalizados os comentários a respeito da portabilidade, passou ao Sr. Rogério Scarabel para falar sobre o item 3.5 da pauta - Apresentação sobre o Novo Guia ANS de Planos Saúde. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS) anunciando o Novo Guia ANS de Planos de Saúde, destacou suas principais

409 mudanças: interface muito mais clara, com navegação mais simples; importação  
410 dos dados de beneficiário do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB);  
411 geração de protocolo de consulta atribuída a um banco no cadastro do  
412 consultante; envio eletrônico do resultado da sua consulta; nova ferramenta de  
413 comparação entre planos, onde se pode escolher e selecionar até três planos  
414 numa mesma tela; relação de rede hospitalar de cada plano; pesquisa de  
415 satisfação do usuário; link para acesso aos dados da operadora, como o índice  
416 de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) para verificação do desempenho  
417 da operadora; e módulo do perfil do usuário – consumidor, operadora, ANS. O  
418 Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos -  
419 Uniodonto) avaliou que o Guia melhorou muito e que, de fato, agora é possível  
420 o acesso às informações que estão na Agência. Sugeriu que, além da  
421 possibilidade de se gerar um relatório para um plano, houvesse um relatório  
422 intermediário com vários planos para que o consumidor pudesse portar, levar à  
423 operadora e tirar suas dúvidas quanto às diferenças que ele não conseguiu  
424 visualizar no portal da Agência, caso contrário ele tem que imprimir três  
425 relatórios. Quanto a valores, apresentou a dúvida sobre o que seria o valor  
426 informado constante do Guia. O Sr. **Rogério Scarabel Barbosa** (Diretor de  
427 Normas e Habilitação dos Produtos da ANS), mencionando que só se conhece  
428 o impacto de uma ação depois que esta é colocada em prática, agradeceu pela  
429 sugestão, a qual seria estudada pela equipe considerando que a melhoria deve  
430 ser contínua. Para responder à segunda questão, chamou o Sr. Rafael Vinhas.  
431 O Sr. **Rafael Pedreira Vinhas** (GGREP/DIPRO/ANS) respondeu que não se  
432 recordava de valor informado, o que poderia ser posteriormente conversado, e  
433 consignou que o valor que está disponibilizado no Guia de Planos para o  
434 consumidor ou fazer a potabilidade ou pesquisar os planos que estão disponíveis  
435 para contratação é o valor máximo que ele vai pagar naquela faixa etária,  
436 deixando claro que esse não será o valor especificamente que ele pagará se vier  
437 a fazer a portabilidade ou se aderir àquela contratação porque pode ter uma  
438 variação na tabela de vendas de acordo com a nota técnica, de trinta para cima  
439 trinta para baixo, aquela variação em torno de 87%. Em relação ao primeiro  
440 questionamento, esclareceu que, de forma prévia à emissão do relatório, o Guia  
441 disponibiliza a possibilidade de comparação entre três tipos de planos e, a partir  
442 daí o consumidor pode gerar um arquivo ou imprimir a guia do plano que deseja

para encaminhamento à operadora. O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos - Uniodonto) explicou que se referiu a falta de opção de imprimir ou arquivar a comparação dos três planos. O Sr. **Rafael Pedreira Vinhas** (GGREP/DIPRO/ANS) disse que há a possibilidade de print da tela e também a funcionalidade imprimir, porém isso quando já se optou por um plano específico, onde se emite um documento em relação a Nota Técnica. O Sr. **Rogerio Araujo Medeiros** (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB) sugeriu que, se possível, fosse colocado o número de consultas realizadas para que se possa ter uma ideia de como está o volume de pesquisa e comparação de planos pelos beneficiários. A Sra. **Fabrícia Goltara Vasconcellos Faedrich** (GEMOP/GGREP/DIPRO/ANS) acatando como boa a ideia de divulgação desse dado, informou que a Agência possui sim essa informação e pode disponibilizar em algum link da ANS a quantidade de consultas realizadas, que é gerada todos os dias, e adiantou que, desde o período em que o Guia foi disponibilizado até o dia 14 de dezembro, foram efetuadas cerca de 1.600 consultas. Acrescentou que, no perfil operadoras, essas conseguem visualizar quantos beneficiários consultaram planos referentes a ela. Informou ainda que o Guia terá que sofrer alteração por conta na nova norma de portabilidade, boa oportunidade para que sejam apresentadas quaisquer contribuições de melhoria ou necessidade de aprimoramento. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) convidou a Sra. Rosana Neves, Coordenadora de Avaliação e Estímulo à Qualificação e Acreditação de Operadoras (COAEO), da Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial (GEEIQ), da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS) para fazer a apresentação sobre o item da pauta 3.6 - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). A Sra. **Rosana Neves** (COAEO/GEEIQ/DIDES/ANS) passou a discorrer sobre o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), programa obrigatório, instituído desde 2006, que tem por objetivo ampliar a transparência e reduzir a assimetria de informação, falha de mercado que compromete a capacidade do consumidor fazer suas escolhas no momento da contratação de um plano de saúde. O IDSS é um índice composto, divulgado na página da ANS na internet, cujo resultado é uma nota que varia de 0 a 1 para cada operadora, com avaliação a cada ano relativo ao ano-base anterior. As quatro dimensões em que o índice é medido

477 são: qualidade da atenção à saúde; garantia do acesso; sustentabilidade no  
478 mercado; e gestão e regulação. Os objetivos do IDSS são: avaliar o desempenho  
479 das operadoras por meio desses indicadores, com vistas a dar transparência;  
480 reduzir a assimetria de informação entre o consumidor e as operadoras,  
481 possibilitando maior poder de escolha; estimular a qualidade setorial; possibilitar  
482 um *benchmark* entre as operadoras; induzir o setor no sentido da consecução  
483 das diretrizes que a ANS determina para que as operadoras atinjam melhores  
484 resultados; e subsidiar as ações regulatórias da ANS. Em 2015, a ANS iniciou  
485 um diagnóstico do programa, no qual foram identificados alguns indicadores  
486 concentrados, que foram retirados do programa pelo baixo grau de identificação,  
487 assim como alguns indicadores que eram inespecíficos e outros que estavam  
488 correlacionados. As diretrizes consideradas na grande reformulação do  
489 programa, feita em 2016, foram: foco em indicadores que apontassem para a  
490 qualidade; revisão de críticas, pré-requisitos, metas, ponderações e fórmulas de  
491 cálculo de cada indicador; previsão de divulgação no site do ANS com uma  
492 linguagem mais clara para o beneficiário - a exemplo do indicador de  
493 citopatologia cérvico-vaginal oncotíco que virou preventivo de câncer de colo de  
494 útero; revisão das ponderações entre as dimensões, reduzindo o peso da  
495 Dimensão IDGR; e melhor conhecimento do desempenho das operadoras para  
496 subsidiar as políticas regulatórias. No que tange à consulta ao setor e  
497 transparência, importante destacar: a informação de que os dados disponíveis  
498 na base do padrão Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) seriam  
499 utilizados no IDSS ano-base 2017 para o cálculo dos indicadores foi amplamente  
500 divulgada e discutida em, pelo menos, dez reuniões com o setor; a utilização da  
501 base TISS não foi introduzida em 2016, a Agência há tempos vinha sinalizando  
502 que a base seria utilizada para cálculo do IDSS; as fichas técnicas dos  
503 indicadores foram disponibilizadas em junho de 2017; o Documento Perguntas  
504 e Respostas Frequentes (FAQ) em julho de 2018; como forma de oportunizar  
505 eventual correção de dados ou problemas de informação que as operadoras  
506 viessem a ter com relação à base TISS, a Agência também disponibilizou às  
507 operadoras arquivos de conferência dos dados do padrão TISS, utilizados pela  
508 primeira vez no programa; e a data de corte do programa foi alterada de 30 de  
509 Abril para 30 de junho, propiciando maior prazo para correção das informações  
510 com a finalidade de garantir que os dados resultantes do programa fossem mais

511 fidedignos. Outra novidade do programa nessa reformulação foi a inclusão de  
512 um pré-requisito relacionado à base TISS, significando que a operadora que não  
513 tiver uma base TISS consistente teria inconsistência nos indicadores e essa  
514 crítica foi razão de incompletude, comparando as despesas informadas no TISS  
515 com as despesas informadas no DIOPS, se essa razão for inferior a 30% então  
516 a operadora recebe inconsistente nos resultados dos indicadores que dependem  
517 do TISS. Sobre os resultados preliminares, foi feita uma divulgação no dia 4 de  
518 novembro do ano-base 2017, as operadoras tiveram 15 dias para fazer os  
519 questionamentos e, em função das oficinas realizadas, foi recebida uma grande  
520 demanda por prorrogação desse prazo e, assim, houve uma primeira  
521 prorrogação para o dia 26 de novembro e uma segunda que durou do dia 29 de  
522 novembro até o dia 7 de dezembro. Em decorrência das oficinas e conversas  
523 com as operadoras foi observada uma dificuldade grande em relação à  
524 informação encaminhada via TISS e duas das principais críticas aplicadas aos  
525 indicadores foram: a primeira, relacionada à informação do Cadastro Nacional  
526 de Saúde do Beneficiário (CNS) nas guias TISS, a ausência do CNS afeta muitos  
527 indicadores do programa e essa informação é primordial para que haja a  
528 identificação unívoca de alguns beneficiários e para que se possa identificar  
529 exatamente a consulta, o exame que o beneficiário fez; a segunda, foi uma crítica  
530 referente ao Código Brasileiro de Ocupação (CBO) informado nas guias TISS,  
531 ou seja, quando é realizada uma consulta com pediatra, geriatra, a informação  
532 do Código TUSS da consulta é muito importante para o cálculo de quatro  
533 indicadores. Dessa forma, devido ao mau preenchimento do CNS e CBO, muitas  
534 operadoras tiveram resultados ruins nos indicadores. Terminou a apresentação  
535 informando que foram recebidos cerca de 1600 questionamentos, feitos por 275  
536 operadoras, que estão sendo respondidos com a maior brevidade possível. A  
537 Sra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes** (Federação Nacional de Saúde  
538 Suplementar – Fenasaúde) perguntou se a Agência acha que o atual modelo do  
539 IDSS guarda comparabilidade ao IDSS de até então. A Sra. **Rosana Neves**  
540 (COAEQ/GEEIQ/DIDES) respondeu que apenas alguns indicadores, a exemplo  
541 da proporção de parto cesáreo guardam comparabilidade, e reiterou que o  
542 programa passou por uma completa reformulação, na qual a Agência teve a  
543 oportunidade de fazer um detalhamento muito maior no cálculo, utilizando  
544 indicadores melhores e mais acurados para medir o desempenho do setor. A

545 Sra. Solange Beatriz Palheiro Mendes (Federação Nacional de Saúde  
546 Suplementar – Fenasaúde), argumentou que, apesar de todo o debate ao longo  
547 desse tempo de construção do normativo, a visão do todo só se conseguiu obter  
548 após a sua conclusão e o que algumas das suas filiadas observaram foi uma  
549 alteração brutal na sua classificação, onde 60% dos indicadores da empresa  
550 foram muito modificados. Asseverou para o perigo de que esses resultados de  
551 agora sejam comparados com a classificação obtida até então, que culminará na  
552 interpretação equivocada de que o mercado todo caiu brutalmente. Assim, sem  
553 entrar no mérito do atual modelo, avaliou que o problema é mais uma questão  
554 de levantamento de indicadores, de bases, do que propriamente do resultado e,  
555 salientando que é preciso ter cautela em relação à informação, sugeriu que  
556 talvez a alteração no nome do IDSS fosse uma alternativa. O Sr. **Rodrigo**  
557 **Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS),  
558 aproveitando a oportunidade para se manifestar junto a todos e falar um pouco  
559 acerca do programa, consignou que o IDSS tem como característica ser  
560 adaptado à novas e melhores práticas ao longo do tempo, tanto que essa não  
561 foi a primeira revisão realizada e as anteriores geraram o mesmo impacto  
562 porque, efetivamente, as operadoras não se preparam a tempo para serem  
563 avaliadas através de novos indicadores e, especialmente, através da nova base  
564 de dados. Registrhou que, embora a confirmação só seja possível após a análise  
565 pela Agência de todos os questionamentos apresentados, a impressão é de que  
566 o resultado não reflete a produção assistencial, principalmente das operadoras,  
567 não houve uma queda de qualidade na prestação de serviços à população,  
568 entretanto, o resultado denota diretamente uma falta de atenção no  
569 preenchimento das informações do TISS e SIB encaminhadas à ANS e  
570 demonstra que as operadoras, embora tenham participado das discussões que  
571 resultaram na alteração do programa de qualificação de operadoras, não tiveram  
572 a exata dimensão do quanto a base de dados seria alterada. Lembrando que a  
573 fonte de muitos problemas vivenciados na ANS nos últimos tempos foi a falta de  
574 auditoria dos dados, ressaltou que com a adoção de utilização do Diops, que é  
575 auditado, há sim um grau de comparabilidade e, também neste sentido, colocou  
576 que se pode até reconhecer certa dificuldade em relação ao TISS por ser mais  
577 recente, mas não quanto ao SIB, onde também houve problemas gravíssimos  
578 de encaminhamento de informações adequadas. Então, reforçou que, na sua

579 avaliação, o que houve foi um encaminhamento inadequado de informações e  
580 não uma queda na qualidade da prestação de serviço junto ao beneficiário e  
581 registrou que, por isso, estão sendo estudadas alternativas de mitigar esse  
582 impacto negativo, inclusive foram dadas várias oportunidades de prorrogação,  
583 mas agora está se pensando em algo mais resolutivo e, para tanto, requer o  
584 engajamento forte das operadoras, especialmente quanto à correção das  
585 informações de TISS e SIB. Por fim, disse que não se trata de criar um novo  
586 programa, trata-se do mesmo programa de sempre que vem sendo aprimorado  
587 ao longo do tempo, e informou que a matéria seria debatida no dia seguinte na  
588 reunião da Diretoria Colegiada. A Sra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**  
589 (Federação Nacional de Saúde Suplementar – Fenasaúde) sem querer  
590 estabelecer um contencioso, fez questão de reforçar a precípua finalidade do  
591 indicador que é dar informação à sociedade e subsidiar a capacidade de decisão  
592 de todos os interessados. Então, diante até dessa constatação reconhecida pela  
593 própria Agência, embora seja oriunda de uma inconsistência ou falha das  
594 operadoras, mais uma vez, advertiu que a mensagem que será transmitida é de  
595 que a qualidade assistencial caiu, daí a necessidade de chamar a atenção para  
596 o que deve ser divulgado, pelo menos, dar as explicações de que não se trata  
597 de qualidade e sim de uma mudança, ou seja, as mesmas explicações conferidas  
598 naquele ambiente, o que não funcionará com a sociedade. O Sr. **Rodrigo**  
599 **Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) respondeu  
600 que, na verdade, se está pensando numa forma de que não haja necessidade  
601 de dar essa explicação, por meio da correção pelas operadoras de suas bases.  
602 Adiantou que existe uma proposta, ainda não publicizada dada a necessidade  
603 de avaliação prévia pela Diretoria Colegiada, mas que, logo após a tomada  
604 dessa decisão, seria dado conhecimento para que todos possam trabalhar essa  
605 alternativa cuja expectativa é de se chegar a um resultado muito mais claro e  
606 próximo da realidade, corrigindo o problema gerado pela falha no  
607 encaminhamento dos dados à ANS. O Sr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**  
608 (Cooperativas de Serviços Médicos) perguntou se já existe dentro da ANS um  
609 estudo sobre os impactos da nova Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais em  
610 relação as informações que as operadoras encaminham para a ANS. À título de  
611 exemplo, comentou que a área de TI da Unimed estipulou um prazo de pelo  
612 menos oito meses para desenvolver e alterar sistemas. Considerando a

613 necessária compatibilização e que algumas definições terão que partir da ANS,  
614 colocou sua preocupação em saber se a Agência já está trabalhando neste  
615 sentido e se haverá um envolvimento das operadoras nessa discussão. O Sr.  
616 **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS)  
617 esclareceu que a questão da nova Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais  
618 está sendo examinada no âmbito do Comitê de Padronização das Informações  
619 em Saúde Suplementar (COPISS), com a participação de todos os seus  
620 membros, inclusive das operadoras, por ser esse o ambiente mais técnico para  
621 tratar da discussão dos dados que são controlados, geridos ou recebidos pela  
622 ANS no que tange a produção assistencial das operadoras. Acrescentou que,  
623 como ainda não há uma regulamentação da Lei, que pode vir a alterar algum  
624 encaminhamento nela previsto, não é possível se obter, no momento, uma  
625 concretude do que será feito, no entanto, assegurou que a Agência está  
626 debruçada nesta questão, trabalhando em conjunto com o setor, para que se  
627 possa levar à Diretoria Colegiada para tomada de uma decisão contundente. O  
628 **Sr. Reinaldo Camargo Scheibe** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina  
629 de Grupo - SINAMGE) reforçou o registro da Sra. Solange e complementou  
630 citando a dificuldade de se cobrar uma ficha bem preenchida, por exemplo, de  
631 uma operadora lá do Amazonas, na beira do Rio Paraná. Neste sentido, dada a  
632 importância que está sendo colocada nas informações, argumentou que a ANS  
633 deveria, nesse momento, cobrar de todos os membros da Câmara para que  
634 todas as entidades de classe ali presentes divulguem e peçam auxílio a esse  
635 trabalho da base de dados e não apenas as operadoras sejam cobradas. O Sr.  
636 **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos -  
637 Uniodonto) avaliou que, de tudo que foi colocado e reconhecido, conclui-se que  
638 este ano não haverá uma apreciação da qualidade da operadora e sim da sua  
639 falta de capacidade de enviar dados da forma disciplinada. Disse que, o manual  
640 do TISS, disponibilizado no segundo semestre do ano passado, é bastante  
641 esclarecedor, todavia, a leitura do próprio manual já revela como é confuso o  
642 preenchimento de lançamento do TISS, inclusive o Júlio Di Maio, na  
643 apresentação do TISS na Oficina ANS do último dia 23, teve dificuldades em  
644 explicar dada a complexidade. Argumentou que, no sistema Uniodonto há  
645 pequenas operadoras, que se servem de um único prestador de serviço e, muitas  
646 vezes, esse prestador tem dificuldade em entender e acaba arrastando as

647 operadoras com um equívoco ou uma omissão. Disse acreditar que o  
648 consumidor não esteja interessado em saber se as operadoras preencheram  
649 adequadamente as informações requisitadas, mas sim em saber se está  
650 contratando uma operadora que irá responder quando solicitar uma cobertura,  
651 por exemplo. Assim, também externou a preocupação de que seja passado ao  
652 mercado algo que não traduz a verdade, vez que as operadoras não caíram de  
653 qualidade porque descumprimento de norma ou mau entendimento não significa  
654 perda da qualidade da prestação dos serviços. Dessa forma, em nome do  
655 sistema Uniodonto, solicitou que não seja divulgado o resultado 2017 ou que  
656 seja encontrada uma nova metodologia de comparação para divulgação.  
657 Queixou-se de outro ponto importante que é o fato de a Agência apresentar  
658 equações numéricas e não informações que demonstrem, especificamente e de  
659 forma clara, o que está sendo apontado como erro para que as operadoras sejam  
660 capazes de identificar exatamente onde estão errando e terem a oportunidade  
661 de corrigir. Como exemplo, citou o caso do Reajuste de Planos Coletivos, onde  
662 o sistema Uniodonto teve grandes problemas referente a pequenas operadoras  
663 que foram multadas em um milhão de reais - o que para operadoras abaixo de 5  
664 mil vidas significa dois anos de faturamento - porque elas não entregaram o  
665 comunicado e a Uniodonto não teve ciência de qual comunicado não foi entregue  
666 porque a Agência não deu esse retorno. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar**  
667 (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) afirmou que todos os canais da  
668 ANS estão à disposição de todas as operadoras, o tempo todo, para que essas  
669 dúvidas sejam devidamente dirimidas, além do próprio COPISS que é onde as  
670 informações são previamente discutidas antes de serem exigidas às operadoras  
671 e, portanto, o ambiente mais propício para o acompanhamento dessas  
672 informações. Completo lembrando que esse Comitê é permanente, já existe há  
673 uns sete ou 8 anos, e que todas as operadoras têm ou deveriam ter  
674 conhecimento disso. Citou a realização das oficinas e também os dois últimos  
675 Encontros da ANS que tiveram uma mesa específica sobre essa matéria.  
676 Reafirmou que todo e qualquer pedido de reunião é imediatamente aceito, a  
677 equipe recebe a operadora, apresenta os esclarecimentos para que a ela  
678 aprimore a sua relação. Consignou ser necessário compreender que o mercado  
679 regulado tem exigências, que uma norma produzida e editada por uma entidade  
680 reguladora precisa ser cumprida e que, para que se possa fazer a avaliação das

681 operadoras, é preciso haver informação qualificada e informação qualificada só  
682 existe quando a operadora preenche e encaminha de forma adequada. Assim,  
683 disse que não se trata de um mero preenchimento, não é que o beneficiário não  
684 tenha interesse, ele tem interesse sim porque a ANS só vai conseguir avaliar a  
685 operadora se ela apresentar aquela informação que foi previamente discutida e  
686 exigida com muita antecedência, inclusive, com a ampliação de prazo em mais  
687 de três meses, justamente para que as operadoras pudessem se organizar para  
688 fazer o encaminhamento adequado. Conceituando a matéria como paradigma  
689 para aprimoramento do processo de trabalho da Agência, reiterou a necessidade  
690 de que todos se empenhem, conjuntamente, para que essa situação seja  
691 contornada. Por fim, disse que a ANS não tem qualquer pretensão de fazer a  
692 divulgação de um resultado que não seja real, muito pelo contrário, o objetivo é  
693 demonstrar aos beneficiários, efetivamente, qual a qualidade que determinada  
694 operadora possui, através dos indicadores previamente previstos. O Sr. **Fabiano**  
695 **Augusto Sfier de Mello** (Conselho Federal de odontologia – CFO),  
696 mencionando que já na primeira reunião em que participou com o Sr. Rodrigo  
697 Aguiar este alertou que os dados estavam errôneos e, no decorrer de todas as  
698 reuniões, foi mostrando, paulatinamente, a necessidade de validação desses  
699 dados, parabenizou a Diretoria atual que, ao seu ver, tem como característica se  
700 debruçar sobre a questão até a obtenção de dados fidedignos que permitam que  
701 se trabalhe de maneira mais efetiva. Disse que, muitas vezes os prestadores são  
702 vistos como os vilões e manifestou que ficaria muito decepcionado se os dados  
703 não fossem divulgados, pois, afinal de contas, a ANS, assim como o CFO, é uma  
704 Autarquia Federal responsável pela transparência dos dados. Ponderando que,  
705 obviamente, o intuito não é gerar uma desconfiança no setor, ressaltou que se  
706 os dados atuais foram verificados e tem veracidade, a partir de agora, o objetivo  
707 é evoluir e as operadoras têm um longo caminho de evolução nesse processo.  
708 Deixou a reflexão de que a não divulgação do IDSS representaria um retrocesso  
709 e que a intensão não é de jogar um ator contra o outro, mas manter a  
710 transparência fundamental nesse critério. O Sr. **João Paulo dos Reis Neto**  
711 (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – Unidas), reforçando  
712 o coro dos demais, informou que a Unidas promove todos os anos o prêmio IDSS  
713 às operadoras das 120 filiadas que melhor se desempenham nesses indicadores  
714 e, neste ano, se tivesse dado tempo de sair o resultado do IDSS, não haveria

715 nenhuma premiada, o que demonstra que o problema foi universal. Dessa forma,  
716 corroborou que parece muito mais uma avaliação de índice de qualidade dos  
717 dados do que do índice de desempenhando da saúde suplementar. Sem retirar  
718 a parcela de culpa das operadoras, disse ter certeza de que a Agência faria a  
719 reflexão sobre uma forma de se rever aquela situação. Sem querer contestar o  
720 que o Conselheiro do CFO falou, muito dos problemas enfrentados pelas  
721 operadoras são dados errôneos do prestador de serviços, então, reforçou a  
722 necessária colaboração geral, inclusive dos Conselhos ali presentes para que a  
723 qualidade dos dados dos hospitais, das clínicas, sejam melhor elaborados a fim  
724 de que obtenha-se um resultado que reflita realmente a qualidade assistencial e  
725 não a qualidade dos dados. O Sr. **Rogerio Araujo Medeiros** (Confederação das  
726 Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB)  
727 também reforçou o que falaram a Fenasaúde, Unidas, Uniodonto e demais e  
728 destacou dois pontos: o primeiro, considerando que 95% das operadoras  
729 certificadas tiveram menos de 0,6%, há de se refletir sobre como uma entidade  
730 certificada pode ter menos em relação ao IDSS; e a segunda, uma sugestão de  
731 que o índice sempre entrasse no primeiro dia do próximo ano e não no ano  
732 corrente devido a todos os ajustes que precisam ser feitos. A Sra. **Solange**  
733 **Beatriz Palheiro Mendes** (Federação Nacional de Saúde Suplementar –  
734 Fenasaúde), fez questão de registrar que a Fenasaúde, portanto suas filiadas,  
735 sempre zelaram e prezaram muito por essa questão da transparência da  
736 informação como forma de conscientização dos beneficiários e do  
737 aperfeiçoamento do sistema como um todo. Enfatizou que, de maneira alguma,  
738 o que foi colocado tem a ver com falta de transparência, ao contrário, tem a ver  
739 com informações corretas que realmente venham a ser importantes e agreguem  
740 valor para tomadas de decisão. Alertou que a saúde suplementar tem como eixo  
741 da regulação as operadoras sendo que, cada vez mais, a ANS tem se  
742 aperfeiçoado na direção da qualidade assistencial e qualidade assistencial tem  
743 tudo a ver com prestador de serviço, que não é por ela regulado e, portanto, não  
744 presta informação direta à Agência. Ponderou que as operadoras, como  
745 qualquer ente regulado, merecem sim sempre aperfeiçoar o seu negócio e  
746 cumprir a regulação, porém dependem de fontes que não estão em seu domínio  
747 e reiterou que o trabalho de correção da base de dados tem que vir de todos os  
748 segmentos envolvidos. O Sr. **Fabiano Augusto Sfier de Mello** (Conselho

749 Federal de odontologia – CFO) consignou que os prestadores de serviço já  
750 manifestaram há muito tempo que querem ser regulados, como é do  
751 conhecimento da ANS, inclusive situação que ficou muito visível na última  
752 reunião da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com  
753 Prestadores (CATEC). O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de  
754 Serviços Odontológicos - Uniodonto), levantando a necessidade de se começar  
755 a discutir mais cedo o próximo IDSS, perguntou se haveria algum comentário  
756 sobre 2018/2019. A Sra. **Rosana Neves** (COAEO/GEEIQ/DIDES) respondeu  
757 que os indicadores do IDSS no ano-base 2018, em função da novidade dessa  
758 grande reformulação, o programa será repetido, ou seja, o problema é o mesmo  
759 porque os indicadores são exatamente os mesmos. Acrescentou que foram  
760 feitos apenas poucos ajustes em algumas fichas, atualizações bibliográficas e a  
761 inclusão de dois novos indicadores, um com peso zero como teste para o ano-  
762 base 2018, que trata do reajuste de planos coletivos, e o indicador bônus para  
763 incentivar a comercialização de planos individuais, a operadora que tiver um  
764 crescimento da sua carteira acima de uma determinada taxa ela recebe um  
765 bônus. Informou que as fichas já estão no site da ANS e que, no máximo, deve  
766 haver alguma correção ou aprimoramento, em função de todos esses  
767 questionamentos que estão sendo feitos. O Sr. **Reinaldo Camargo Scheibe**  
768 (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE),  
769 comentando ser um dos poucos ali que participou da discussão da Lei dos  
770 Planos de Saúde, em 1996/1997, disse que, à época, o CFM, AMB, CFO fizeram  
771 toda uma movimentação, trabalharam muito forte para que nenhum prestador  
772 entrasse na regulamentação, fato que pode ser constatado por meio das  
773 propostas legislativas e documentos que constam dos arquivos da Câmara dos  
774 Deputados. Diante disso, disse que louva essa mudança de postura de agora  
775 desejarem ser regulados, julgando mais justo que, de fato, se tornem conhecidos  
776 os custos, a contabilidade, o recolhimento dos impostos de cada entidade,  
777 trazendo as obrigações e direitos tanto das operadoras quanto dos prestadores.  
778 Adicionou que há uma norma na ANS que também precisa ser revista, por meio  
779 da qual vários prestadores estão sendo protegidos e, ainda que façam o que  
780 quiserem, as operadoras não podem descredenciar-los. A Sra. **Simone Sanches**  
781 **Freire** (Diretora de Fiscalização da ANS) interrompeu para sugerir que aquela  
782 discussão fosse deixada para um pouco mais adiante, tendo em vista que o item

783 de pauta 3.10 trataria exatamente da Câmara Técnica de Relacionamento entre  
784 Prestadores e Operadoras. O Sr. **Carlos Alfredo Lobo Jasmin** (Associação  
785 Médica Brasileira – AMB), justificando que responderia rapidamente, registrou  
786 que, à época da construção da Lei nº 9656, se tinha uma expectativa de uma  
787 realidade distinta da atual, todavia, a realidade que se apresentou ao longo  
788 desses anos é de que os prestadores de serviço não tiveram a oportunidade de  
789 sequer participar na decisão dos valores que lhes são pagos. Assinalou que, por  
790 conta disso, hoje os prestadores estão abertos à conversação com a esperança  
791 de poderem participar de todos os pontos dessa decisão e não apenas ficar  
792 escutando o que vai ser feito por cada setor de prestador. O Sr. **Fabiano**  
793 **Augusto Sfier de Mello** (Conselho Federal de Odontologia - CFO) ponderou  
794 que falar de 1997 é falar de 20 anos atrás, reiterando a proposta para 2018/2019  
795 sobre a intensão dos prestadores em, como regulados, sentarem na mesma  
796 mesa que as operadoras, no entanto, propiciando um ciclo virtuoso. O Sr.  
797 **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos -  
798 Uniodonto), voltando ao item do IDSS, sugeriu que na possível reformulação das  
799 fichas 2018-2019, seja reduzido esse percentual no 2.8 de 4% para odontologia  
800 na comercialização de planos para obter o bônus máximo e elogiou o índice de  
801 peso 0, julgando interessante essa oportunidade de verificar como as  
802 operadoras estão se comportando sem penalizá-las e delas também poderem e  
803 se auto avaliar. A Sra. **Marisa Fúria** (Conselho Nacional de Saúde - CNS)  
804 mencionando que muito se cobra a regulação dos prestadores, discussão de  
805 longa data, muito se fala em regulação com relação à precificação e à quantidade  
806 daquilo que se usa, opinou que a discussão deveria estar centrada também na  
807 regulação com relação à qualidade que se entrega na prestação de serviços, na  
808 centralidade no paciente e no valor que se promove para a sociedade,  
809 sinalizando que esses conceitos precisam ser revistos. O Sr. **Leandro Fonseca**  
810 **da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) seguiu para o item de pauta 3.7  
811 – Norma do Fator de Qualidade, chamando a Sra. Anete Gama, Coordenadora  
812 de Avaliação e Estímulo à Qualificação de Prestadores (COAEP), da Gerência  
813 de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial (GEEIQ), da Diretoria  
814 de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS) para apresentar. A Sra. **Anete Gama**  
815 (COAEP/GGEIQ/DIDES/ANS) disse que traria as alterações que foram feitas  
816 mais recentemente em relação ao Fator de Qualidade (FQ) – RN nº 364/2014.

817 Primeiramente, esclareceu que: o Fator de Qualidade 2014 é o percentual  
818 aplicado ao índice de reajuste anual dos prestadores de serviço estabelecido  
819 pela ANS, que foi o IPCA; o FQ é utilizado quando não há índice definido em  
820 contrato e não há acordo após a negociação nos primeiros 90 dias do ano; esse  
821 índice está condicionado ao cumprimento de critérios de qualidade; o FQ poderia  
822 ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA a depender do cumprimento dos requisitos  
823 de qualidade; os critérios eram estabelecidos anualmente; e os resultados eram  
824 divulgados para a sociedade depois de discussão com o setor. Explicou que,  
825 mais recentemente, com a identificação das limitações do FQ em relação aos  
826 seus resultados, entrou-se num processo de alteração que culminou na Consulta  
827 Pública nº 70, na qual foram recebidas 112 contribuições, cuja análise de  
828 impacto regulatório foi realizada mostrando que poucos contratos eram  
829 contemplados com o FQ e, em contrapartida, existia um grande esforço  
830 regulatório da ANS e um baixo impacto do fator de qualidade que pouco  
831 incentivava a qualidade. Sobre a minuta de norma apresentada na Consulta  
832 Pública, esclareceu que, após a análise das sugestões: foram retiradas a  
833 manutenção do IPCA como índice estabelecido pela ANS nos casos que não se  
834 aplicar o FQ e a manutenção de percentuais ainda na aplicação do IPCA;  
835 permaneceu o estabelecimento dos critérios do FQ já na Resolução Normativa -  
836 porque antes eram as instruções normativas que traziam tanto os percentuais  
837 como os critérios e agora tudo constará numa única resolução; e permaneceu  
838 alteração da forma de atuação da Agência Reguladora, a verificação do  
839 cumprimento dos critérios poderá ser feita pelas próprias operadoras com seus  
840 prestadores. Em relação ao resultado da Consulta Pública, pontuou:  
841 recebimento total de 112 contribuições; as acatadas e acatadas parcialmente  
842 ficaram em torno de 50% do total das contribuições; resultado apreciado pela  
843 Diretoria Colegiada em 8 de outubro, aprovado em 22 de novembro e publicado  
844 no DOU de 3 de dezembro de 2018; alteração pontual da RN nº 363/2014,  
845 acrescentando-se o verbo “deverão” à redação; revogação das Instruções  
846 Normativas nº 61e nº 66; e a Resolução deverá ser submetida à Avaliação de  
847 Resultados Regulatórios (ARR) no prazo de dois anos. Informou que o resultado  
848 final do processo culminou na RN nº 436/2018, que alterou a RN nº 364/2014,  
849 onde o fator de qualidade passou a constar com os percentuais de 115%, 110%,  
850 105% ou 100% aplicados ao IPCA. Acrescentou que a verificação dos critérios

851 será feita entre as operadoras e os prestadores e que os critérios estabelecidos  
852 na norma são os mesmos critérios de qualidade que já estavam sendo discutidos  
853 anteriormente, como acreditação, certificação, núcleo de segurança do paciente,  
854 notificação dos eventos adversos, titulação dos profissionais, esclarecendo que  
855 então isso não é exatamente uma novidade, foi feito apenas um  
856 reescalonamento em níveis percentuais de aplicação do FQ. Concluindo, se  
857 colocou à disposição para dirimir quaisquer dúvidas. O Sr. **Carlos Alfredo Lobo**  
858 **Jasmin** (Associação Médica Brasileira – AMB) fez uma crítica ao Fator de  
859 Qualidade, que pouco conseguiu progredir até então e, conforme claramente  
860 explicado, com baixíssimo percentual de contratos no mercado. Avaliou que isso  
861 vai continuar acontecendo em virtude do não estabelecimento de utilização para  
862 todos os contratos. Sinalizou que, lamentavelmente, os critérios estabelecidos,  
863 mesmo que estejam dentro de um rol pré-estabelecido, serão aqueles de  
864 interesse das operadoras, argumentando que o lado dos prestadores é sempre  
865 o lado mais fraco nas negociações, inclusive porque a negociação não é feita com  
866 os representantes máximos das entidades, como AMB, conselhos de classe e  
867 etc., e sim sempre discutida entre a operadora e o prestador de serviço, cuja  
868 margem de negociação e de ganho é sempre baixíssima. O Sr. **Rodrigo**  
869 **Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) respondeu  
870 que, na verdade, é contado como limite da regulação o que está previsto em lei  
871 de que primeiro precisa ter uma previsão de livre negociação entre as partes  
872 para só então poder aplicar o reajuste definido pela ANS, que não tem  
873 competência legal para impor isso nos contratos entre operadoras e prestadores.  
874 Explicou que nesta singela revisão tentou-se relacionar, de forma mais direta e  
875 imediata, os atributos de qualidade e a remuneração que está sendo proposta,  
876 motivo pelo qual foi incluído o verbo “deverão”, inclusive na composição da  
877 remuneração e não só no reajuste, como tentativa de induzir essa prática mais  
878 acertada e uma distribuição melhor de satisfação no setor, um relacionamento  
879 melhor entre as operadoras de prestadores. O Sr. **Fabiano Augusto Sfier de**  
880 **Mello** (Conselho Federal de odontologia – CFO) reforçando a última fala da  
881 AMB, disse que o grande problema é a hipossuficiência dos prestadores de  
882 serviço na negociação, questão debatida diversas vezes no Comitê dentro da  
883 ANS. Noticiou que já solicitou algumas vezes, inclusive à época do Sr. Abrahão  
884 como Diretor-Presidente da ANS, de que estivessem ali representadas entidades

885 como a Federação Nacional de Medicina (Fenam) e a Federação Nacional dos  
886 Odontologistas (FNO), que têm a atribuição constitucional, que a AMB e o CFO  
887 não possuem, para debater esse tipo de situação. Assim, frisou a necessidade  
888 de que se evolua para uma negociação mais ampliada, através da Fenam, FNO,  
889 sindicatos locais de medicina e odontologia junto ao Sinog, Sinamge para se  
890 chegar a algum lugar. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente  
891 Substituto da ANS) agradecendo a Sra. Anete Gama pela apresentação, seguiu  
892 para o item de pauta 3.8 - Norma da Certificação em Boas Práticas – Programa  
893 de Certificação em Atenção Primária em Saúde (APS), convidando o Sr. Eduardo  
894 Neto, Coordenador de Indução à Melhoria da Qualidade Setorial (COIME), da  
895 Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial (GEEIQ), da  
896 Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS). O Sr. **Eduardo Neto**  
897 (COIME/GEEIQ/DIDES/ANS) iniciou dizendo que agora iria se falar um pouco  
898 sobre geração de valor, conforme suscitado pela representante do CNS, ou seja,  
899 sobre a Atenção Primária à Saúde - APS. Informou que, recentemente, foi  
900 publicada a RN nº 440, que trata da Certificação de Boas Práticas em Atenção  
901 Primária à Saúde já com seu manual, programa que propõe um modelo inovador  
902 na saúde suplementar para reorganização da porta de entrada do sistema com  
903 base em cuidados primários em saúde. Acrescentou que vários modelos, tanto  
904 do sistema público quanto do sistema privado, mostram que a atenção primária  
905 deve ser a porta de entrada para os cuidados primários à saúde e à organização  
906 do sistema como um todo, nos cuidados secundários, terciários, de reabilitação,  
907 paliativos. Listou alguns problemas de APS na saúde suplementar: necessidade  
908 de estruturação e organização de serviços oferecidos para atingir um cuidado  
909 integral e coordenado; modelo muito centrado no atendimento de casos agudos;  
910 ter a emergência de hospitais como porta de entrada principal do sistema de  
911 saúde; na parte ambulatorial a busca pelo especialista. Comunicou o resultado  
912 da Consulta Pública nº 66: total de 338 contribuições; as acatadas e acatadas  
913 parcialmente em torno de 54.7% das contribuições, nível de acatamento  
914 relativamente alto. Explicou que o Programa de APS está em dois polos a  
915 certificação por entidades acreditadoras e os projetos-piloto, que é uma outra  
916 oportunidade dada às operadoras. Acrescentou que a Certificação de Boas  
917 Práticas em Atenção à Saúde já teve seu primeiro módulo lançado, que é a  
918 Certificação em APS, mas, futuramente, a RN nº 440/2018 também poderá ter

919 outros manuais, outros braços como a Certificação de Atenção Oncológica e a  
920 Certificação do Parto Adequado. Pontuou os principais pilares de estruturação  
921 dos cuidados primários em saúde: a questão da porta de entrada, o acesso  
922 sempre é o primeiro contato, o acolhimento; a longitudinalidade do cuidado; a  
923 coordenação do cuidado, então daí a importância da figura de uma equipe  
924 multiprofissional ou do médico cuidador; e a integralidade desse cuidado.  
925 Salientou que a APS funciona como uma ordenadora de todo o sistema de  
926 atenção à saúde, comunicando-se, além da urgência e emergência, com outros  
927 níveis de atenção, como atenção hospitalar, os cuidados paliativos, a atenção  
928 especializada - porque o especialista também é importante - e sempre havendo  
929 avaliação, monitoramento e auditoria do funcionamento do sistema. Enfatizou o  
930 que se pretende incentivar no modelo de cuidado integral: a prioridade aos  
931 cuidados ambulatoriais; as equipes multiprofissionais; o cuidado abrangente  
932 continuado; a organização da rede assistencial; a inclusão da promoção,  
933 prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos de forma integrada; a  
934 avaliação das ações realizadas; a incorporação de tecnologias em saúde  
935 baseada em evidências; a adoção de protocolos e diretrizes clínicas também  
936 baseadas em evidências; a remuneração dos serviços baseados em valor; e a  
937 utilização de ferramentas de TI que são importantíssimas para a integralidade  
938 desse cuidado. Destacou os objetivos específicos do Programa de APS:  
939 promover a coordenação do cuidado tendo a APS como porta de entrada  
940 principal e eixo organizativo da rede assistencial; fomentar as boas práticas em  
941 APS na saúde suplementar; monitorar os cuidados primários em saúde através  
942 de indicadores; e estimular a implementação de modelos de remuneração  
943 inovadores para melhoria da qualidade assistencial e da sustentabilidade do  
944 setor. Registrhou, ainda, os objetivos específicos para os quais são apontados  
945 indicadores: ampliar o acesso a médicos generalistas na rede de cuidados  
946 primários da saúde suplementar, o que ainda é muito precário no setor; ampliar  
947 a vinculação de pacientes com doenças crônicas complexas a Coordenadores  
948 de Cuidado; reduzir as idas desnecessárias à unidades de urgência e  
949 emergência; reduzir as internações por condições sensíveis à atenção primária  
950 (ICSAP); ampliar o número de médicos generalistas por beneficiário, incluindo o  
951 Médico de Família e Comunidade ou Clínico Geral especialista em clínica médica  
952 com formação em APS; e ampliar a proporção de pessoas que faz uso regular

953 de um mesmo serviço de saúde. Quanto aos pré-requisitos para que uma  
954 operadora possa participar do Programa de Certificação em APS, listou: ter um  
955 registro ativo como operadora; não estar em situação de Plano de Recuperação  
956 Assistencial, Regime Especial de Direção Técnica ou Regime Especial Direção  
957 Fiscal; e possuir um IDSS em todas as suas dimensões maior ou igual a 0.5. Fez  
958 um registro dos três níveis de certificação da APS: a Certificação Básica,  
959 exclusiva para a atenção à saúde do adulto e do idoso; a Certificação  
960 Intermediária que, além da saúde do adulto e idoso, incorpora a atenção à saúde  
961 da criança e do adolescente e também das situações de gravidez - parto e  
962 puerpério; e a Certificação Plena que contempla atenção à saúde para toda a  
963 carteira, independente de faixa etária e de condições de saúde, e ainda inclui a  
964 atenção à saúde bucal, obviamente para os beneficiários que tem plano com  
965 Odontologia, a saúde mental e a saúde funcional. Por fim, informou que são  
966 também atribuídas notas no manual de Certificação que as Entidades  
967 Acreditadoras aplicarão *in loco*, conforme a seguir: Certificação Básica - nota  
968 final maior que 70 e menor que 80 e conformidade em pelo menos 20% dos itens  
969 classificados como de Excelência; na Certificação Intermediária – nota final  
970 entre 80 e 90, com conformidade de 50%; e Certificação Plena – nota final maior  
971 que 90, conformidade de 80%, IDQS (componente do IDSS) maior que 0.8 e não  
972 pode obter 0 em nenhum indicador do IDQS. A Sra. **Solange Beatriz Palheiro**  
973 **Mendes** (Federação Nacional de Saúde Suplementar – Fenasaúde) externou  
974 que o normativo de atenção primária à saúde é bem recebido pela Fenasaúde,  
975 que inclusive há algum tempo está aderente ao modelo, tanto que o tema foi eixo  
976 principal dos debates no último Fórum de Saúde. Parabenizou a Agência,  
977 acreditando que, num passo seguinte, ela possa liderar o entendimento de que  
978 a esse é um tema a ser perseguido com o intuito de trazer maior eficiência e  
979 resultados ao setor. Entretanto, avaliou que uma forma de induzir essa adoção,  
980 que ainda não está no DNA de todas as operadoras, seria que os normativos da  
981 ANS se direcionassem nesse sentido, que normas como rede de coparticipação,  
982 de prazo, de atendimento deveriam merecer esse olhar focado na atenção  
983 básica que, com certeza, é um modelo que se diferencia muito do usualmente  
984 aplicado. A Sra. **Marisa Fúria** (Conselho Nacional de Saúde - CNS) comentou  
985 não ter identificado na norma de certificação nada relacionado à pessoa com  
986 deficiência, sendo que essa visão seria interessante na medida em que ocorrem

987 muitos problemas no atendimento da atenção primária das pessoas com  
988 deficiência. Com relação à saúde bucal, considerando que as operadoras já  
989 estão prestando atendimento à pessoas com deficiência ou necessidades  
990 especiais que tem apenas plano de saúde sem odontologia, em alguns  
991 procedimentos primários, como arrancar um dente, reivindicou uma ampliação  
992 desse serviço, com extensão, por exemplo, a implantes dentários, ainda que por  
993 algum tipo de compensação, levando-se em consideração que para esse e  
994 outros procedimentos mais específicos essas pessoas necessitam de  
995 atendimento hospitalar, com anestesia geral, e também que é o buco maxilar  
996 que realiza, ou seja, o médico. Por fim, indicando que uma saúde bucal em  
997 ordem propicia melhores condições de saúde em geral, perguntou como fazer  
998 para que se tenha essa ampliação no atendimento dessas pessoas, sugerindo a  
999 criação de um grupo de trabalho para pensar especificamente nessa  
1000 possibilidade. O Sr. **Eduardo Neto** (COIME/GEEIQ/DIDES/ANS) respondeu  
1001 que, no que se refere à atenção primária, foi incluída a saúde funcional que vai  
1002 contemplar o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o fisioterapeuta, que são  
1003 profissões muito ligadas à reabilitação e à pessoa com deficiência. Quanto à  
1004 colocação da saúde bucal especificamente para pessoas com deficiência e  
1005 necessidades especiais sem plano odontológico, esclareceu tratar-se de uma  
1006 questão relativa à cobertura de procedimentos hospitalares. O Sr. **Rodrigo**  
1007 **Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) fez uma  
1008 intervenção para que não se fugisse do tema que estava sendo tratado e para  
1009 sugerir a Sra. Marisa Fúria, até pela pertinência do questionamento, que ela  
1010 formalizasse uma consulta à DIPRO/ANS, que é a responsável pela avaliação  
1011 do Rol de cobertura para que obtenha uma resposta mais completa e bem  
1012 fundamentada. O Sr. **Cristiano Heineck Schmitt** (Associação de Defesa dos  
1013 Consumidores de Planos de Saúde – Brasilcon) manifestou que acha muito  
1014 pertinente a questão do cuidado paliativo e da ampliação de exames para  
1015 identificação de patologias gerais no paciente. Não obstante, mesmo não sendo  
1016 da área médica, deixou uma proposta como ideia de trabalho futuro, se é que é  
1017 possível de ser implantada, talvez no âmbito da ANS ou dos que ali participam,  
1018 de criação de uma plataforma de trabalho preventiva que comece com educação.  
1019 Fazendo uma reflexão sobre aquele paciente, por exemplo, que é submetido a  
1020 um exame para identificação de um suposto tumor, é identificada uma

metástase, vai precisar de intervenções cirúrgicas, de uma série de procedimentos, quimioterapia, radioterapia ou medicação de alto custo e, obviamente, seu tratamento vai sair muito caro, então, avançar no sentido de criar meios para que ele não chegasse a registrar aquela patologia poderia ser algo a se estudar. Expôs pensar num trabalho mais social, dentro de escolas ou em outro ambiente onde se pudesse passar também à população cuidados com a saúde, principalmente considerando que no Brasil as pessoas, em geral, se alimentam mal, não praticam exercício físico, tomam sol de forma indiscriminada. Concluindo, registrou que aquela era apenas uma ideia, como um cuidado paliativo anterior, voltada para uma visão preventiva de saúde para evitar o ingresso dentro do sistema de atendimento à saúde e passando conhecimento como blindagem para o usuário. O Sr. **Wilson Roberto Gomiero** (Entidade de Pessoas com Deficiência – AFAG), observando que já se começa errando na denominação portadores de deficiência, pois o nome técnico correto é pessoa com deficiência, lembrou que está como representante da CAMSS desde 2017 e, na primeira reunião que participou, dentre a gama de levantamentos feitos pela ANS, não apareceu nenhum traço de pessoa com deficiência, o que continuou não vendo durante esses dois anos. Reputou que os 40% da população brasileira que sofre de algum tipo de deficiência parecem significar apenas traços, talvez porque não deem lucro ou porque não participem de planos de saúde. Alertou para o fato de que muitas pessoas não nascem com deficiência, se tornam deficientes, então, para evitar que elas se tornem, seria bom começar a observar com mais cuidado, especialmente, a parte da prevenção, da tentativa de fazer uma recuperação, porque um paciente com deficiência que é bem atendido não vai gerar, por exemplo , internação em UTI, *Homecare* e uma série de despesas posteriores. Assim, comentando que seu mandato como representante da Câmara estava acabando, deixou como reflexão que se deveria começar a olhar com um pouco mais de carinho para essa área da pessoa com deficiência, principalmente na atenção básica porque a prevenção faz com que muitas das deficiências não apareça. O Sr. **Fabiano Augusto Sfier de Mello** (Conselho Federal de odontologia - CFO) disse que mais uma vez se posicionava contra a segmentação de planos como ocorre no Brasil, onde há dois tipos, o plano médico e o plano odontológico, por entender que deveriam ser acoplados. Quanto à questão recurrentemente colocada pela

1055 Sra. Marisa Fúria, inclusive nas reuniões da CAMSS, asseverou que esse tipo  
1056 de pleito, como o procedimento de implantodontia é inviável porque nem no Rol  
1057 mínimo de odontologia ele está previsto, o que, então, conceitua como utopia.  
1058 Explicou que existe uma situação hoje chamada odontologia hospitalar, a qual  
1059 tem que estar contemplada dentro dos planos médicos, e o CFO já encaminhou  
1060 três ofícios à ANS elencando quinze procedimentos odontológicos  
1061 extremamente básicos, que trazem uma redução do tempo dos pacientes de UTI,  
1062 conforme prevê a literatura. Nesse sentido, enfatizou a importância de que esses  
1063 quinze procedimentos básicos, a exemplo de uma restauração provisória, a  
1064 extração de um dente que esteja comprometido ou uma profilaxia para que o  
1065 paciente não desenvolva alguma doença, inclusive mais dispendiosa, sejam  
1066 incorporados à APS porque fazem parte da porta de entrada, tendo em vista que  
1067 propiciam uma qualidade de vida melhor dentro do hospital, ainda que não tenha  
1068 plano de saúde médico. Concluiu dizendo que essa era a sua contribuição até  
1069 para que o assunto trazido pelo CNS não retornasse à baila porque, na  
1070 modalidade que existe hoje, ele se torna efetivamente inviável. O Sr. **Rogerio**  
1071 **Araujo Medeiros** (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e  
1072 Entidades Filantrópicas – CMB) conceituando a APS como um excelente  
1073 modelo, totalmente apoiado pela CMB, que vai aderir a vários projetos-piloto,  
1074 aproveitou a oportunidade para colocar que seria interessante se houvesse  
1075 algum incentivo financeiro que permitisse transferir um pouco das reservas ou  
1076 incentivos fiscais para se trabalhar a APS, não só para as Santas Casas, mas  
1077 às operadoras em geral como mecanismo de estímulo. O Sr. **Reinaldo Camargo**  
1078 **Scheibe** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE)  
1079 apesar de considerar o programa muito importante, levantou a questão da  
1080 necessidade de integrar o sistema público e privado, na qual tem insistido. Nesta  
1081 ótica, observou que aquele paciente que, por algum motivo, seja por mudar de  
1082 cidade, sair do emprego ou porque não pode mais pagar, sai do plano de saúde  
1083 da operadora e vai para o SUS ele entra no final da fila e repete tudo porque o  
1084 SUS não aceita nenhum papel da iniciativa privada, da mesma forma, no  
1085 caminho inverso, o SUS não disponibiliza para a iniciativa privada as  
1086 informações sobre o paciente que vai para o sistema privado. Consignou que  
1087 continuará insistindo nessa importante questão com o novo governo e, inclusive,  
1088 há uma sinalização de que esse assunto será tratado. Registrou que as

1089 operadoras de planos de saúde, por terem hospitais e serviços próprios, já  
1090 realizam a APS em vários graus e estão desenvolvendo um excelente trabalho,  
1091 realizado pela medicina de grupo, nesse setor de medicina preventiva e medicina  
1092 de base. Ponderou que a lei deveria ser revistada, excluindo aquelas travas que  
1093 foram colocadas por outros interesses lá trás quando a lei foi construída, no  
1094 sentido de fazer uma revisão do plano ambulatorial tendo em vista que ele requer  
1095 o tratamento de alguns casos de paciente internado, ou seja, acaba se  
1096 descaracterizando como plano ambulatorial, modalidade que seria importante  
1097 para quem perdeu o emprego ou não pode pagar um plano completo. O Sr.  
1098 **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), seguindo  
1099 adiante, convidou a Sra. Luciene Pinheiro Capra, Gerente de Tecnologia da  
1100 Informação (GETI), da Diretoria de Gestão (DIGES/ANS) para fazer a  
1101 apresentação do item 3.9 da pauta - Lançamento do novo Sistema de Cadastro  
1102 de Operadoras (CADOP) 2019 e aproveitou para dar as boas-vindas ao novo  
1103 Diretor de Gestão, Sr. Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, que pela primeira  
1104 vez participava de uma reunião da Câmara de Saúde Suplementar. A Sra.  
1105 **Luciene Pinheiro Capra** (GETI/DIGES/ANS) disse que faria uma breve  
1106 apresentação sobre algumas melhorias tecnológicas que estão sendo  
1107 implantadas, em princípio com foco no Sistema de Cadastro de Operadoras  
1108 (CADOP), embora sejam válidas para todos os outros sistemas que forem  
1109 desenvolvidos daqui para frente. Explicou que a denominação "Portal  
1110 Operadoras" foi uma forma encontrada de chamar, inicialmente, uma área onde  
1111 se pretende agregar todos os sistemas da Agência em um portal único, não  
1112 apenas para facilitar o acesso, mas também por uma questão de segurança, pois  
1113 no Portal Operadora haverá vários usuários diferentes, senhas diferentes e a  
1114 administração ficará completa nas mãos das operadoras. Mencionou que, caso  
1115 a iniciativa dê certo, a intenção é de replicar para outros entes regulados e levar  
1116 mais segurança aos sistemas da ANS. Comentou também que, diante da  
1117 preocupação que o Governo tem tido com a parte de segurança das informações  
1118 dos dados dos cidadãos, a Agência já está em discussão interna buscando  
1119 algumas soluções que confirmam maior segurança ao usuário de planos de saúde  
1120 e, talvez, essa possa ser uma das soluções a serem aplicadas. Considerando  
1121 que hoje as operadoras recebem suas notificações em sistemas isolados,  
1122 algumas por correio, o que demanda muito tempo e, às vezes, ocorre extravio

1123 de informação, explicou que o e-protocolo é um recurso que está sendo trazido  
1124 com vistas a unificar peticionamento e notificação e o que se pretende é tonar  
1125 eletrônica e centralizada essa forma de se comunicar, outra solução que, mais  
1126 para frente, pode-se pensar em replicar a outros entes ou situações. Completou  
1127 falando de algumas melhorias trazidas pelo e-protocolo, como o Persus, projeto-  
1128 piloto que já está funcionando aliado a esse protocolo, e o CADOP que também  
1129 já está fazendo a comunicação através dessa aplicação, sendo que a ideia é que  
1130 se consiga migrar, inclusive a parte de notificação financeira e que as operadoras  
1131 possam fazer todas as suas comunicações com a Agência por um local único.  
1132 Explanou que outra novidade do Portal Operadoras é uma tecnologia chamada  
1133 de API, que são pequenos serviços disponibilizados para que a operadora faça  
1134 um trabalho de integração aos seus sistemas de gestão e, através dessa  
1135 tecnologia elas podem enviar as informações à ANS sem precisarem saírem dos  
1136 seus sistemas, o que traz um custo menor e um ganho de eficiência na  
1137 comunicação entre regulador e regulado. Indicou que essa parte de API requer  
1138 um trabalho grande por parte da operadora e adicionou que a API dá a  
1139 possibilidade de acabar com as datas limites de envio de arquivos que  
1140 sobrecarregam bastante os sistemas, frisando que é apenas uma possibilidade.  
1141 Acrescentou que essa tecnologia é mais um recurso que também pode ser  
1142 pensado para outros portais e futuras situações. Quanto ao CADOP, informou  
1143 que a nova versão já está saindo com a integração de todas essas novidades e  
1144 com ganho às melhorias de negócio, porque ele já sai com uma série de  
1145 validações para entrada dessas informações na base, e avaliou que isso trará  
1146 um grande ganho para a parte de qualidade da informação e futuros estudos  
1147 sobre os perfis nele contidos. Agradeceu, colocando-se à disposição. A Sra.  
1148 **Simone Sanches Freire** (Diretora de Fiscalização da ANS), dirigindo-se aos  
1149 representantes de operadoras, chamou a atenção para o preenchimento do  
1150 CADOP, com o devido cuidado e autenticidade, tendo em vista que, a partir do  
1151 próximo ano, o endereço declarado pela operadora será o que a Agência vai  
1152 considerar tanto para a notificação dos autos de infração como, posteriormente,  
1153 para a inscrição na dívida ativa, evitando que o processo retorne depois, senão  
1154 será mais um argumento de defesa das operadoras nessa matéria. O Sr.  
1155 **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) registrou o  
1156 elogio de que, pela evolução tecnológica que está sendo feita, caminha-se no

1157 sentido de termos uma Agência cada vez mais digital, cada vez mais eletrônica.  
1158 Como não havia nenhum membro da CAMSS inscrito para comentários sobre  
1159 aquele tema, convidou o Sr. Gustavo de Barros Macieira, Gerente de  
1160 Assessoramento Normativo e Contratualização com Prestadores (GASNT), da  
1161 Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS), para apresentar o item de  
1162 pauta 3.10 - Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com  
1163 Prestadores (CATEC). O Sr. **Gustavo de Barros Macieira**  
1164 (GASNT/DIDES/ANS) iniciou explicando que a Câmara Técnica de  
1165 Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC) decorreu de uma  
1166 análise feita sobre a Lei 13.003, vigente desde 2014, porque embora ela tenha  
1167 servido bastante para formalizar a relação entre prestadores e operadoras, não  
1168 pacificou totalmente o mercado restando muitos pontos de dissenso com  
1169 dificuldades entre as partes de conciliar interesses, por vezes, antagônicos,  
1170 então, o cumprimento da norma não garante a harmonização das relações.  
1171 Passou a discorrer sobre o tema e seus desdobramentos. As fontes utilizadas  
1172 para análise das conclusões foram: pesquisa de contratualização 2017, segunda  
1173 versão; as demandas abertas na ANS, tanto na GASNT/DIDES, gerência pela  
1174 qual é responsável, quanto na DIFIS; e demandas institucionais sobre temas  
1175 específicos, encaminhadas por diversas instituições, como o Ministério Público,  
1176 Assembleias Legislativas, Câmara Federal, CADE. Quanto à Pesquisa de  
1177 Contratualização 2017, dos formulários disponibilizados, foram recebidas 381  
1178 respostas de prestadores e 167 de operadoras e nos resultados identificou-se  
1179 que em alguns pontos parece haver uma concordância razoável entre eles,  
1180 todavia, em outros pontos são completamente contrários, a análise de um e outro  
1181 dá uma visão de mercado totalmente oposta. Ainda sobre a pesquisa, um ponto  
1182 interessante refere-se à percepção dos prestadores em relação ao atendimento  
1183 que é feito pela operadora, muito se fala na necessidade de ouvidorias de  
1184 operadoras com seus beneficiários, mas esse dado destaca que também há uma  
1185 dificuldade de comunicação dos prestadores com a operadora (10% dos  
1186 prestadores acham fácil entrar em contato com a operadora e quase 40% acham  
1187 difícil ou muito difícil). Das demandas abertas: na GASNT (de 2017 em diante) -  
1188 o número de demandas não é alto, muito em função de uma subnotificação  
1189 detectada para o que se está estudando uma melhor forma de recebimento  
1190 dessas reclamações/denúncias; na DIFIS (de 2008 a 2017) - demandas que

1191 foram julgadas e resultaram em sanções, são residuais e o número também não  
1192 é muito alto. Em relação às demandas institucionais, apenas as que estão sendo  
1193 analisadas no âmbito da CATEC: a Contratualização por Pacotes, quando o  
1194 preço dos serviços de ~~prestadores~~ é definido por pacote, que gera uma  
1195 discordância no mercado; a Remuneração de Materiais e Medicamentos e  
1196 Regras da Cemed, foram objeto também de questionamentos pelo CADE, pelo  
1197 MPF e foi basicamente o tema da discussão da primeira reunião da CATEC; e  
1198 Órteses e Próteses, ponto discutido também no GT que envolveu a ANS e a  
1199 Anvisa, as quais estão trabalhando em conjunto com uma série de medidas. A  
1200 seguir, elencou os problemas regulatórios apontados. A remuneração de  
1201 materiais e medicamentos de uso hospitalar, que gera uma controvérsia muito  
1202 grande por conta da existência das tabelas SIMPRO e BASÍNDICE, a RN Nº  
1203 241/2010 que, de alguma forma, disciplinava o assunto foi revogada pela RN nº  
1204 363/2014, justamente para que a discussão fosse retomada, consta até da  
1205 exposição de motivos, o que pretende-se fazer agora. A remuneração por  
1206 Pacotes, o caso recebido é especificamente das consultas de oftalmologia, mas  
1207 há conhecimento de que a ~~questão~~ está se difundindo também para outras  
1208 especialidades. As dificuldades de negociação contratual, seja em relação a  
1209 valores, seja em relação a prazos, atrasos, a forma de rescisão. Os reiterados  
1210 casos de inadimplência contratual, como glosas, não pagamento da  
1211 remuneração devida pelo procedimento, não concessão dos reajustes previstos  
1212 em contrato e também do reajuste previsto no índice ANS. A não adoção da  
1213 tabela TUSS, problema mais regulatório do que propriamente da relação das  
1214 partes, da mesma forma como é problemático para a ANS não receber as  
1215 informações no IDSS da forma que estão sendo solicitadas, é que as  
1216 informações sejam trocadas sempre no padrão certo entre as partes para que a  
1217 Agência possa fazer o acompanhamento de indicador de IDSS, até mesmo por  
1218 poder ser instada a se manifestar em questões epidemiológicas. A rescisão  
1219 contratual, os contratos não têm uma cláusula clara de rescisão ou essa é  
1220 inexistente, possibilidade de ~~rescisão~~ unilateral do contrato a qualquer tempo,  
1221 fatores que deixam as partes numa posição de fragilidade, especialmente aquele  
1222 que já tem essa posição. A subnotificação das irregularidades por parte dos  
1223 prestadores de serviço, que é mapeada pela ANS justamente pelo fato de  
1224 receber diversas demandas de entidades representativas ou outras fontes, como

o Legislativo, o Ministério Público e a própria imprensa, tudo em função de receio de represálias desconfiança da própria atuação da ANS e dificuldade de acesso ao ente regulador. O tratamento da OPME, custos elevados impostos pelas operadoras, a questão da máfia das OPME's denunciada em rede nacional e que, indiscutivelmente, gera um ônus para todas as partes na cadeia desde do prestador que age de boa-fé até a operadora e, principalmente, os beneficiados que pagam a conta do reajuste inflado. Algumas medidas já estão em andamento na ANS, além da CATEC há outros Fóruns dentro da DIDES e da Agência como um todo para discussão das opções para tratar dos temas expostos. Concluindo a apresentação, informou que a formação da CATEC foi instituída por meio da Portaria nº 8/2018/DIDES, publicada no dia 15 de outubro de 2018, que trouxe uma composição paritária com entidades representativas de operadoras, de prestadores, englobando as principais representações nacionais de cada segmento e, assinalando que a intenção é ser sempre o mais transparente possível, justificou que, infelizmente, por mais que nem sempre agrade a todos o não chamamento de determinadas entidades, isso não é feito porque realmente não é possível até por uma questão de espaço físico. Informou ainda que a primeira reunião da CATEC, realizada em 30 de outubro de 2018, foi debatida, sobretudo, a remuneração de materiais e medicamentos e a próxima reunião vai acontecer na próxima quinta-feira, dia 20 de dezembro, com foco no tema da contratualização por pacote. Por fim, mencionando que a apresentação exposta foi basicamente a mesma feita na primeira reunião, informou que todos os documentos, incluindo as apresentações e atas de reuniões podem ser acessados na página da ANS, em *Participação da Sociedade/Câmaras e Grupos Técnicos/Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores*, bem assim, para quem tiver o interesse de acompanhar as reuniões, elas são transmitidas ao vivo, via *periscope*. A Sra. **Tereza Gutierrez** (Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP) retomando o assunto sobre a aventada regulação para os prestadores, claramente apoiada pelo CFO e, salvo engano, também pela AMB, posicionou que a ANAHP é totalmente contrária e a Diretoria da ANS sempre deixou evidente não ser essa a intenção da autarquia. Sinalizou que, hoje em dia, percebe-se que quanto mais regulado o mercado mais difícil se torna a entrada de pequenos prestadores, logo, o efeito que uma regulação de prestadores de serviços pode trazer ao mercado é um de

1259 entrase ainda maior. À título de exemplo, disse que seria muito improvável que  
1260 pequenos consultórios em localidades um pouco mais distantes conseguissem  
1261 efetivamente se instituir, inclusive, em algumas localidades enfrenta-se  
1262 dificuldade até para o Município disponibilizar ao prestador de serviços o  
1263 Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Alertou que regulação de  
1264 preço, regulação por parte da Agência vai restringir ainda mais o acesso e a  
1265 disponibilização desses serviços em localidades mais distintas. Parabenizou a  
1266 ANS pela iniciativa de constituir uma Câmara de diálogo com todo o setor -  
1267 prestadores e operadoras - mas reiterou que o posicionamento da ANAHP é  
1268 contrário à regulação dos prestadores de serviços de saúde. O Sr. **Eduardo de**  
1269 **Oliveira** (Federação Brasileira de Hospitais – FBH) consignou que a FBH apoia  
1270 o posicionamento da ANAHP que se opõe à regulação dos prestadores,  
1271 lembrando que os hospitais já são regulados, então não há porque haver duas  
1272 regulações e, se houvesse uma nova regulação por parte da Agência, esse setor  
1273 nem existiria, ele existe exatamente porque há um conflito. Observou que essa  
1274 Câmara, cujos resultados acabaram de ser apresentados, se reúne já há muito  
1275 tempo e ainda não se conseguiu atingir um patamar melhor. Disse esperar que  
1276 a situação melhore, mas não será mudando a lei. O Sr. **Carlos Alfredo Lobo**  
1277 **Jasmin** (Associação Médica Brasileira – AMB) como forma de esclarecimento,  
1278 disse acreditar que a necessidade de haver uma agência reguladora para um  
1279 setor decorre da existência de um conflito entre as partes que dele participam e  
1280 esse conflito perdura no setor de saúde suplementar desde quando essa relação  
1281 teve início e a regulamentação permanecerá. Diante disso, a AMB entende que,  
1282 lamentavelmente, os prestadores também precisam ser regulados ou a  
1283 regulamentação não será eficiente. Interpretou que, na verdade, tudo isso  
1284 poderia ser simplificado se, ao invés de se ficar discutindo soluções para  
1285 encontrar outras soluções que nunca chegam, todos os envolvidos nessa  
1286 relação e, portanto, responsáveis por esse problema, têm que conversar de  
1287 forma educada, decente e objetiva para resolvê-lo, especialmente porque se  
1288 está retroalimentando um outro problema que só faz mal à saúde da população.  
1289 Concluiu que, tomando esse cuidado, a regulação passa a ser menor, a relação  
1290 passa a ser melhor e o atendimento da população também. O Sr. **Leandro**  
1291 **Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) respondeu que a  
1292 proposta da CATEC é exatamente criar esse fórum de discussão e debate. O Sr.

1293   **Fabiano Augusto Sfier de Mello** (Conselho Federal de odontologia - CFO)  
1294 deixou claro que, em nenhum momento, foi algo falado sobre qualquer regulação  
1295 específica, assinalando que é preciso sim, como a AMB acabou de falar,  
1296 sensibilizar essa mesa redonda, com Sinamge, Sinog, Unidas, Unimed, enfim  
1297 todos os envolvidos conversarem de uma maneira bem efetiva, colocando os  
1298 custos à mesa, porque o verdadeiro problema hoje são os custos, as operadoras  
1299 também têm problemas com custos, ambos os lados têm, contudo, os  
1300 prestadores estão sendo oprimidos, achatados, estão ajudando a pagar essa  
1301 conta. Assim, reforçou, o que tentam desde o início, a necessidade extrema de  
1302 todos sentarem, abrirem seus custos, suas reais dificuldades, tendo a ANS como  
1303 mediadora. Porém, ponderou que, para ser capaz de mediar esse processo,  
1304 infelizmente, a Agência terá que regular os prestadores, esse é um caminho que,  
1305 lamentavelmente, não tem volta e, se essa mediação não for possível,  
1306 permanecerá a retórica. A Sra. **Tereza Gutierrez** (Associação Nacional de  
1307 Hospitais Privados – ANAHP) complementando a fala da FBH, informou que,  
1308 hoje em dia, um hospital é regulado por quarenta e seis órgãos públicos, em  
1309 média, há regulação de toda a parte. Especificamente no que se refere a custos,  
1310 mencionado pelo CFO, destacou que a regulação na saúde suplementar não é  
1311 uma regulação de preço propriamente dita, na Nota Técnica a operadora informa  
1312 um valor máximo do produto que ela vai comercializar, mas a ANS não tem  
1313 ingerência sobre isso. Assim, disse que, ao seu ver, não está clara a proposta  
1314 do CFO. O Sr. **Fabiano Augusto Sfier de Mello** (Conselho Federal de  
1315 odontologia - CFO) respondendo que a proposta era simples, argumentou que  
1316 os prestadores de serviço estão trabalhando, muitas vezes, abaixo do seu custo,  
1317 isso acontece na odontologia, na medicina, na fisioterapia, que, por exemplo,  
1318 continua há cinco anos com os R\$ 25,00 por dez consultas. Reputou que essa  
1319 hipossuficiência do profissional tem que acabar e, como não há mais para quem  
1320 apelar, precisarão ser regulados. Defendeu que esse problema da remuneração  
1321 precisa ser atacado de uma maneira séria, adulta, buscando uma solução,  
1322 ponderando que quem atende o paciente, quem dá sobrevida às operadoras é o  
1323 prestador de serviços, então, se o profissional dá um atendimento de qualidade,  
1324 com boa remuneração, com certeza, isso gerará um ciclo virtuoso tanto para as  
1325 operadoras, quanto para prestadores e para a população que será muito melhor  
1326 bem atendida. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto

1327 da ANS) informou que, nos moldes das últimas reuniões da CAMSS, havia um  
1328 convidado externo que faria uma apresentação e, assim, convidou o Sr. Erasmo  
1329 Veríssimo de Castro, Secretário-Adjunto de Gestão de Pessoas do Ministério do  
1330 Planejamento, Desenvolvimento e Gestão para falar sobre o grupo de trabalho  
1331 que está em andamento no MP. O Sr. **Erasmo Veríssimo de Castro**  
1332 cumprimentando a todos e agradecendo pela oportunidade de participar da  
1333 CAMSS, comentou que acompanhou a reunião desde o seu início e pode  
1334 observar o elevado grau de complexidade, de um lado as empresas que atuam  
1335 no segmento, a ANS regulando e ele estava ali no papel de quem busca essa  
1336 assistência para o servidor público federal. Comentou que, quando foi  
1337 Conselheiro da Geap, pode perceber que uma nota de ouvidoria pode virar uma  
1338 advertência, uma advertência pode virar uma multa e uma multa pode virar outra  
1339 ainda maior simplesmente pela desídia dos gestores, daí a importância da  
1340 agência reguladora para não deixar o usuário desse serviço sem voz e sem o  
1341 atendimento que busca, que lhe é tão caro. Deu início à apresentação, passando  
1342 a expor o que segue. A regulamentação da Política de Atenção à Saúde e  
1343 Segurança do Trabalho do Serviço Público Federal (PASS) é feita pelo Decreto  
1344 nº 6.833/2009 e tem como alicerce cinco pontos básicos: perícia oficial em  
1345 saúde, vigilância, promoção à saúde, assistência à saúde e investidura em cargo  
1346 público. As dificuldades enfrentadas referentes à baixa utilização dos recursos  
1347 em termos de assistência à saúde por parte dos servidores públicos, levou à  
1348 criação de um Grupo de Trabalho (GT), coordenado pelo Ministério do  
1349 Planejamento (MP) e formado pela ANS, pelo Ministério da Saúde e pelo MP por  
1350 meio de duas Secretarias, a Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP), que foca  
1351 mais a questão da administração direta por suas competências, e a Secretaria  
1352 de Governança das Estatais (SEST), que trata mais da administração indireta.  
1353 Em 2019, pretende-se ganhar mais força ao GT com a participação tanto de  
1354 alguém do Ministério da Saúde que represente o SUS, como também do próprio  
1355 Ministério da Fazenda. O GT foi criado em setembro de 2018 e foram realizados  
1356 sete encontros que serviram muito como nivelamento de conhecimento, a ANS,  
1357 por exemplo, fez uma palestra falando desses indicadores que acabaram de ser  
1358 apresentados. Voltando à regulação, a base legal se complementa a partir da  
1359 Lei nº 8.112/1990, art. 230, do Decreto nº 4.978/2004 e algumas normativas  
1360 menores, como o Ofício Circular nº 09/2009, a Portaria nº 8/2016 e a Portaria

1361 Normativa nº 1, de 2017. A Portaria nº 8, da SGP é editada com alguma  
1362 frequência e trata simplesmente do valor referencial atribuído ao servidor que  
1363 possui plano de saúde suplementar e, à título de exemplo, o maior valor possível  
1364 não chega a R\$ 210,00 para o servidor, o que não cobre quase nada, por isso a  
1365 criação do GT para enfrentamento dessas dificuldades que têm sido vivenciadas.  
1366 Quanto às formas de prestação de assistência, o art. 230 da Lei 8.112/1990  
1367 prevê a possibilidade das ~~seguinte~~ modalidades: convênios com operadoras de  
1368 autogestão, como a Geap; prestação diretamente pelo órgão, como é o caso do  
1369 HFA e Bacen; resarcimento de caráter indenizatório; e contratação de  
1370 prestadores de serviços, o que é extremamente complicado, em especial pela  
1371 falta de valor de mercado para efetivação dessa contratação. O público alvo para  
1372 assistência suplementar à saúde dos servidores orbita em torno de 2,7 milhões  
1373 de pessoas, sendo que hoje apenas um milhão de pessoas são atendidas por  
1374 algum plano de saúde, então, a ideia é mostrar o potencial do público desse  
1375 segmento para que se consiga, de alguma forma, melhorar a situação dos  
1376 valores dos planos de saúde, inclusive, no âmbito da política também se está  
1377 atuando em outras frentes com vistas à diminuição dos riscos às operadoras de  
1378 planos de assistência à saúde suplementar recorrendo, por exemplo, à  
1379 promoção da saúde. Voltando à questão dos valores, a Portaria nº 8, de 13 de  
1380 janeiro de 2016, exposta ~~na~~ apresentação, aponta que o maior valor pago (R\$  
1381 205,63) a uma pessoa com 59 anos ou mais, numa faixa salarial de R\$ 1.400,00,  
1382 é muito aquém dos valores praticados pelo mercado e, ainda que houvesse o  
1383 condão orçamentário para aumentar e dobrar esse valor não se chegaria ao que  
1384 se pretende, então, é preciso pensar em algo mais inteligente em termos de  
1385 solução. Sobre o percentual de beneficiários com planos de saúde suplementar,  
1386 somando todas as faixas de remuneração são 66% do contingente de servidores  
1387 com planos de saúde, entretanto, tomando como base a faixa remuneratória  
1388 entre R\$ 1.400 e R\$ 2.999, onde há 27 mil servidores, apenas 24% possuem  
1389 plano de saúde e uma análise desse percentual, certamente, mostraria que são  
1390 pessoas ou vinculados à Geap ou que já são beneficiários há muito tempo e,  
1391 inclusive, judicializaram para que não houvesse aumento. Através do grupo de  
1392 trabalho foi recebida a informação pela Organização Mundial de Saúde (OMS)  
1393 de que cada dólar investido ~~representa~~ sete dólares de resultado, o que é muito  
1394 expressivo e são esses indicadores, assim como os da ANS, que se pretende

utilizar com o objetivo de conseguir mais recursos para se trabalhar melhor. No diagnóstico preliminar do trabalho realizado chegou-se a um modelo sustentável baseado em: prevenção e promoção; qualidade do serviço; soluções tecnológicas e formas de financiamento. Em relação ao cronograma do GT, há três fases concluídas que englobaram: definição de premissas; revisão das formas de prestação de assistência suplementar; revisão da legislação; e proposta de nova forma de financiamento da assistência à saúde suplementar. Finalizando a apresentação, deixou o contato da SGP, sgp.dereb@planejamento.gov.br, a quem tivesse o interesse de colaborar de alguma forma ou conhecer mais detalhes e agradeceu pela oportunidade. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) agradeceu ao Sr. Erasmo Veríssimo de Castro e, como não houve inscrições para comentários sobre o tema pelos membros da CAMSS, disse que a Sra. Simone Sanches Freire, Diretora de Fiscalização da ANS, gostaria de fazer um informe. A Sra. **Simone Sanches Freire** (Diretora de Fiscalização da ANS) fez um registro de que, na semana anterior, a ANS recebeu, pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) uma menção honrosa do *Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Prática em Regulação* pelo projeto da Resolução Normativa nº 388 e seu protagonismo para a melhoria da fiscalização do setor de saúde suplementar, premiado como os melhores do país em prática de regulação pelo resultado alcançado no retorno que trouxe para a sociedade. Ensejou um ótimo final de ano a todos, externando o desejo de que, no próximo ano, sejam realizadas reuniões tão eficientes quanto têm sido as últimas reuniões da CAMSS e que o setor cada vez se torne mais transparente como se tornou esse ano. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) finalizada a pauta, informou que a data sugerida para a próxima reunião da Câmara de Saúde Suplementar era 14 de março de 2019, porém a confirmação com o convite e proposta de pauta seriam devidamente encaminhados por e-mail, assim como a informação do endereço do novo local de realização das reuniões da CAMSS, tendo em vista que o local atual não estará mais disponível no próximo ano. Aproveitou também para desejar boas festas e um feliz 2019 a todos, com a expectativa de que possam continuar a discutir e trabalhar juntos em prol da saúde suplementar no país. Declarou por encerrada a reunião.

- 1428
- 1429 Agência Nacional de Saúde Suplementar
- 1430
- 1431 Ministério da Saúde
- 1432
- 1433 Ministério da Fazenda
- 1434
- 1435 Ministério da Previdência Social
- 1436
- 1437 Ministério do Trabalho e Emprego
- 1438
- 1439 Ministério da Justiça
- 1440
- 1441 Ministério Público Federal
- 1442
- 1443 Conselho Nacional de Saúde
- 1444
- 1445 Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- 1446
- 1447 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- 1448
- 1449 Conselho Federal de Medicina
- 1450

- 1451 Conselho Federal de Odontologia
- 1452
- 1453 Conselho Federal de Enfermagem
- 1454
- 1455 Federação Brasileira de Hospitais
- 1456
- 1457 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
- 1458
- 1459 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
- 1460
- 1461
- 1462 Confederação Nacional da Indústria
- 1463
- 1464 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
- 1465
- 1466 Central Única dos Trabalhadores
- 1467
- 1468 Força Sindical
- 1469
- 1470 União Geral dos Trabalhadores
- 1471
- 1472 Federação Nacional de Saúde Suplementar
- 1473

- 1474
- 1475 Associação Médica Brasileira
- 1476
- 1477 Entidade representativa do segmento de autogestão de assistência à saúde
- 1478 (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde)
- 1479
- 1480 Entidade representativa do segmento de medicina de grupo (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo)
- 1481
- 1482
- 1483 Entidade representativa do segmento de cooperativas de serviços médicos que
- 1484 atuem na saúde suplementar (Confederação Nacional das Cooperativas
- 1485 Médicas)
- 1486
- 1487 Entidade representativa do segmento de odontologia de grupo (Sindicato
- 1488 Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo)
- 1489 *Sabreto minas Gerais*
- 1490 Entidade representativa do segmento de cooperativas de serviços odontológicos
- 1491 que atuem na área de saúde suplementar (Central Nacional das Cooperativas
- 1492 Odontológicas)
- 1493 *Brasil*
- 1494 Entidade representativa do segmento de administradoras de benefícios
- 1495 (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios)
- 1496 *Brasil*
- 1497 Associação Nacional de Hospitais Privados
- 1498

- 1499
- 1500 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Núcleo de  
1501 Defesa do Consumidor da Defensoria Pública)
- 1502
- 1503 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Associação  
1504 Nacional do Ministério Público do Consumidor - Mpcon)
- 1505
- 1506 Entidade representativa do segmento de associações de consumidores de  
1507 planos privados de assistência à saúde (Associação Brasileira de Procons -  
1508 ProconsBrasil)
- 1509
- 1510 Entidade representativa do segmento de associações de consumidores de  
1511 planos privados de assistência à saúde (Instituto Brasileiro de Defesa do  
1512 Consumidor)
- 1513
- 1514 Entidade representativa do segmento de pessoas com deficiência (Conselho  
1515 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Associação Brasileira de  
1516 Autismo)
- 1517
- 1518 Entidade representativa do segmento de pessoas com deficiência (Conselho  
1519 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Associação dos Familiares,  
1520 Amigos e Portadores de Doenças Graves)
- 1521
- 1522
- 1523 Entidade representativa do segmento de pessoas com deficiência (Conselho  
1524 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Federação Brasileira das  
1525 Associações de Síndrome de Down)

1526

1527 Entidade representativa do segmento de pessoas com deficiência (Conselho  
1528 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência /Associação Brasileira de  
1529 Rugby em Cadeira de Rodas)

1530

1531 Entidade representativa do segmento de patologias especiais (Articulação  
1532 Nacional de Luta contra a Aids)

1533

1534 Entidade representativa do segmento de patologias especiais (Aliança  
1535 Independente dos Grupos de Apoio)

1536

1537 Entidade representativa do segmento de patologias especiais (Associação  
1538 Brasileira de Talassemia)

1539

1540 Entidade representativa do segmento de patologias especiais (Movimento de  
1541 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase)