

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Ata da 94ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Data: 28/06/2018

Local: Bolsa de Valores do Rio; Praça XV de Novembro, 20 – Térreo – Centro
Rio de Janeiro

1 **ABERTURA** – No dia 28 de junho do ano de 2018, às 14 horas, no Centro de
2 Convenções Bolsa de Valores, no Rio de Janeiro, Praça XV de Novembro, nº 20,
3 no Salão Nobre, Térreo, Centro, teve início a 94ª Reunião Ordinária da Câmara
4 de Saúde Suplementar (CAMSS), órgão integrante da Agência Nacional de
5 Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do
6 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 2.177/2001,
8 versão 44. A reunião foi presidida pelo Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-
9 Presidente Substituto e Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da
10 ANS) estando presentes os membros titulares e suplentes, conforme lista de
11 presença apensa. Estavam também presentes na reunião o Diretor de
12 Desenvolvimento Setorial da ANS, Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar**, e a
13 Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos e Diretora de Fiscalização
14 Interina da ANS, Sra. **Simone Sanches Freire**. O Sr. **Leandro Fonseca da**
15 **Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) deu início à pauta, que teve a
16 seguinte dinâmica: **I – Abertura e Informes; II – Apresentações e Debates; e**
17 **III – Encerramento**. Dessa forma, saudando a todos os presentes, comunicou
18 os informes: que o link para acesso ao Relatório de Monitoramento da Agenda
19 Regulatória e a Lista de Eventos Previstos foram encaminhados aos membros,
20 por e-mail, no dia 21 de junho de 2018; que, desde a última reunião da CAMSS,
21 foi publicada uma única Resolução Normativa - RN nº 433, de 27 de junho de
22 2018, DOU de 28 de junho de 2018, que diz respeito à coparticipação e franquia;
23 que foram nomeados novos membros na CAMSS, pela Portaria nº 9.774, de 25
24 de junho de 2018, que alterou representantes do Ministério do Trabalho, do
25 Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do
26 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), da Confederação Nacional de
27 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS), da Associação Nacional
28 de Hospitais Privados (ANAHP), da Associação Nacional das Administradoras
29 de Benefícios (Anab) e da Associação Brasileira de Talassemia (Abrasta); que
30 em relação à Ata da 93ª Reunião da CAMSS não houve nenhum pedido de
31 alteração de conteúdo, apenas de forma; e que a Sra. Simone Sanches Freire,
32 Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, faria o informe sobre o
33 reajuste. A Sra. **Simone Sanches Freire** (Diretora de Normas e Habilitação dos
34 Produtos da ANS), primeiramente, esclareceu que o índice máximo de reajuste

35 foi publicado somente no Diário Oficial da União (DOU) de 26 de junho de 2018
36 devido à liminar concedida pela Justiça Federal de São Paulo, no dia 12 de
37 junho, porém, tão logo a ANS recebeu o documento do Desembargador com a
38 notícia de que a liminar havia sido derrubada, todo o material que já estava
39 preparado foi imediatamente divulgado, tendo em vista que, além da
40 necessidade de dar a maior visibilidade e transparência o mais rápido possível,
41 havia a preocupação de evitar mais retroatividade na cobrança para os
42 consumidores. Explicou que, no âmbito da Diretora de Normas e Habilitação dos
43 Produtos (DIPRO), existe um Comitê de Regulação de Preços, que vem
44 discutindo o reajuste desde dezembro de 2017, é comitê bastante amplo, com
45 muitas matérias, que não estava focado apenas em reajuste, mas a partir de
46 agora priorizará a questão. Informou que, nos mesmos moldes da audiência feita
47 à época da proposta dos planos acessíveis pelo Ministério da Saúde (MS), a
48 ANS fará uma audiência coletiva para discussão dos critérios de reajuste, aberta
49 a toda a sociedade, para a qual todos os que desejarem contribuir poderão se
50 inscrever e apresentar suas propostas, que serão acolhidas e consideradas na
51 reformulação desse cálculo. Reforçou que, embora todo o material quanto à
52 metodologia aplicada esteja disponível no site, existe uma retórica de que não
53 há transparência, o que motiva ainda mais a ANS a ampliar a discussão do
54 reajuste com a finalidade de disciplinar e transformar a questão, de fato, numa
55 resolução normativa. Acrescentou que a previsão é de se fazer essa discussão
56 o mais breve, possivelmente ao final de julho, e que os membros da CAMSS
57 receberiam convite para participar, além da divulgação no site da ANS a toda a
58 sociedade. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da
59 ANS) seguindo para o item II da Pauta - Apresentações e Debates - passou a
60 palavra ao Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Sr. Rodrigo Rodrigues
61 de Aguiar. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento
62 Setorial da ANS) registrou que o Projeto Parto Adequado está em sua segunda
63 fase, etapa mais ampliada, com a adesão de mais hospitais, e já produziu alguns
64 bons resultados, que seriam ali apresentados com a finalidade de que haja ainda
65 mais engajamento no projeto, bem como algum tipo de sugestão para sua
66 melhoria. Assim, convidou a especialista no assunto, Sra. Jacqueline Alves
67 Torres, da Coordenadoria de Indução à Melhoria da Qualidade Setorial (COIME),
68 na Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial (GEEIQ),

69 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS (DIDES/ANS) para fazer a
70 apresentação. A Sra. **Jacqueline Alves Torres** (COIME/GEEIQ/DIDES/ANS),
71 agradecendo aos diretores pela oportunidade e aos membros da CAMSS, disse
72 que a ideia era apresentar o resultado da fase II do Projeto Parto Adequado
73 (PPA) e compartilhar os próximos passos. Primeiramente, informou que o PPA
74 é um projeto de melhoria da qualidade, desenvolvido pela ANS, por meio de um
75 Acordo de Cooperação Técnica assinado entre a ANS, o Hospital Israelita Albert
76 Einstein e o Institute For Health Care Improvement (IHI), com o apoio do
77 Ministério da Saúde, que tem como objetivo identificar modelos inovadores e
78 viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e
79 reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias e sem indicação clínica na
80 saúde suplementar. Ressaltou que o intuito do projeto não é o de trabalhar parto
81 normal a qualquer custo, mas o de atuar na melhoria da qualidade da assistência
82 obstétrica como um todo, na perspectiva da segurança do paciente, um projeto
83 voltado para hospitais visando à melhoria da qualidade e da atenção nos
84 serviços de saúde. Apontou que o PPA, lançado em 2015, em sua trajetória de
85 três anos, destaca-se como um dos projetos mais robustos da ANS, pois mobiliza
86 a liderança de hospitais públicos e privados, discutindo-se as mesmas diretrizes
87 em torno de uma meta comum; aplica o modelo de melhoria como metodologia
88 de execução, no qual se consegue transpor a evidência científica para a prática;
89 conjuga esforços de melhoria assistencial com esforços de governança,
90 trabalhando-se muito com a questão dos indicadores, de melhor coleta e uso de
91 informação; discute questões relativas ao modelo de cuidado e também ao
92 modelo de remuneração, a partir da participação das operadoras, pois apesar do
93 foco maior ser nos hospitais há essa conjugação de esforços; fomenta a
94 participação de operadoras como apoiadoras dos hospitais participantes; e conta
95 com uma pesquisa avaliativa externa para validação científica dos resultados,
96 conduzida pela fundação Oswaldo Cruz, com financiamento do CNPQ. Destacou
97 que o projeto faz parte dos compromissos institucionais da ANS, por meio do
98 plano plurianual, com a meta de estimular a adesão a novos modelos
99 assistenciais, visando à redução anual do percentual de cesarianas nos serviços
100 ofertados pela saúde suplementar. Explicou que as metas das Etapas I e II do
101 projeto, metas qualitativas, foram todas cumpridas e agora o projeto entrará na
102 etapa III, que contém também metas quantitativas para 2018, onde estão

103 previstas a redução do percentual de cesarianas entre os hospitais que
104 participam efetivamente da iniciativa, a realização de campanhas de divulgação
105 dos resultados para a população geral e a realização de evento para o setor
106 com a finalidade de apresentação dos resultados e avaliação de impacto e
107 sustentabilidade da iniciativa. Na sequência, passou a demonstrar um pouco dos
108 resultados já obtidos com o projeto. Na fase I (maio de 2015 a outubro de 2016),
109 etapa piloto: conseguiu-se evitar 10 mil cesarianas sem indicação clínica,
110 resultado surpreendente para 18 meses, isso reforçou a decisão institucional de
111 manter o projeto para uma segunda fase; inicialmente, na fase piloto, o projeto
112 contava com a adesão de 35 hospitais, essa adesão foi ampliada, atualmente,
113 contemplando 123 hospitais. Um dos resultados da fase II foi o aumento do
114 percentual de partos vaginais na população-alvo de classificação *Robson I a IV*
115 (classificação obstétrica que distribui as gestantes para monitoramento de
116 cesarianas), avaliando-se, no período de janeiro de 2017 a abril de 2018, 82
117 hospitais - por questões de validade estatística, estão sendo analisados somente
118 aqueles que têm dados completos - e um universo de cerca de 10 mil partos para
119 a população-alvo do projeto, neste caso, mulheres classificadas nas categorias
120 de *Robson I a IV* sem indicação clínica de cesárea, observa-se que o percentual
121 subiu de 41,6% para 44,6%, que pode parecer pouco, mas considerando o curto
122 espaço de tempo e toda a necessidade de implementação de mudanças, mostra
123 que o projeto continua impactando. Um segundo dado positivo é que o projeto
124 vem impactando também o percentual de partos vaginais gerais dos hospitais,
125 onde, embora pequena, também houve uma variação de 30,6% para 31,8%, num
126 universo de 20 mil partos mensais no setor de saúde suplementar. Mencionou
127 que, no modelo de melhoria, considera-se que houve melhoria quando há pelo
128 menos seis pontos, em seis meses consecutivos, acima de uma média ou
129 mediana anterior. Demonstrando outro resultado muito importante, reforçou que
130 há alguns indicadores de equilíbrio no projeto para avaliar se ele está atingindo
131 o objetivo de aumentar o percentual de partos vaginais, porém sem aumentar
132 riscos e, neste sentido, pontuou que o indicador de admissões em UTI Neonatal
133 para bebês acima de 2,5kg, por 1.000 nascidos vivos, apesar de ainda estar
134 abaixo da média de 6 pontos, já demonstra um impacto positivo na redução do
135 percentual da taxa de internação em UTI Neonatal e uma tendência de queda
136 bem acentuada nos próximos meses. Em seguida, considerando que, além dos

137 indicadores de resultado, o PPA adota o monitoramento também de indicadores
138 de processo, citou algumas estratégias adotadas para estes indicadores: dar
139 suporte às equipes para participação nas atividades do projeto, 92% dos
140 hospitais estão conseguindo; novo contrato entre operadora e os hospitais, cujo
141 índice ainda está baixo, pois somente 8% dos hospitais participantes
142 conseguiram esse novo contrato, relativo ao modelo de remuneração;
143 participação das gestantes; presença de acompanhante durante a internação,
144 75% dos hospitais já possuem; rotina de postagem de indicadores; equipe
145 treinada para interpretar os indicadores do projeto; incentivo à aplicação de um
146 plano de parto pela equipe; criação de equipe multiprofissional; utilização de
147 protocolo; reforma do espaço físico; entre outros. Quanto a estas estratégias,
148 esclareceu que são muitas as recomendações do projeto para aplicação pelos
149 hospitais, algumas já com um percentual de aplicação, no entanto, ainda há
150 muito o que ser melhorado, por isso a importância de monitoramento desses
151 indicadores para que se possa identificar onde é preciso investir mais. Como
152 próximos passos, pontuou: dar maior capilaridade ao Parto Adequado,
153 fortalecendo as lideranças locais; formalizar o apoio da Abenfo e Febrasgo ao
154 Parto Adequado, entidades que representam as enfermeiras obstétricas e
155 médicos obstetras; utilizar os resultados da *Pesquisa Nascer Saudável*, pesquisa
156 de avaliação externa, para aprimorar as ações do PPA; incluir novos hospitais e
157 operadoras ainda na fase II; planejar e lançar a fase III com o objetivo de alcançar
158 todas as maternidades do país; desenvolver proposta de certificação de
159 operadoras apoiadoras do parto adequado, nos moldes dos demais projetos de
160 melhoria da qualidade da ANS, especialmente o Projeto de Atenção Primária à
161 Saúde. Especificamente sobre a Certificação de Operadoras no Projeto Parto
162 Adequado, informou que as operadoras que desejarem a certificação deverão
163 se comprometer a contratar uma Entidade Acreditadora de sua preferência,
164 dentre as entidades autorizadas pela ANS para realizar a Certificação, bem como
165 arcar com os respectivos custos, e que as Entidades Acreditadoras já
166 reconhecidas pelo QUALISS, que se interessarem em participar do Projeto,
167 deverão enviar solicitação para autorização pela ANS, para atuação específica
168 no âmbito deste Projeto. Acrescentou que, para a Certificação, serão
169 estabelecidos requisitos nas seguintes dimensões: planejamento e estruturação
170 técnica; integração entre operadoras e hospitais parceiros; uso e disseminação

171 de práticas baseadas em evidência; centralidade do cuidado no paciente,
172 monitoramento e avaliação da qualidade; e modelos de remuneração centrados
173 em valor. Neste aspecto, sinalizou que hoje já há a participação de operadoras
174 apoiadoras no projeto, com monitoramento, mas a intenção é de aprimorar esse
175 monitoramento e qualificar a participação para que possam receber esse
176 reconhecimento como operadora apoiadora, até porque isso tem impacto no
177 IDSS. Finalizando sua apresentação, reforçou a enorme satisfação de toda a
178 equipe em poder contribuir em questões tão relevantes, como a redução de
179 cesarianas desnecessárias, a redução de internação em UTI Neonatal e
180 convidou os interessados a conhecerem melhor e participarem do projeto. O Sr.
181 **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS),
182 agradecendo à Sra. Jacqueline pela apresentação, observou que, talvez, pelo
183 fato de o PPA ter iniciado sem a necessidade de vinculação entre operadoras e
184 prestadores, estes, que já têm em sua essência essa tendência de melhoria da
185 qualidade assistencial, tiveram maior interesse de adesão. Neste sentido,
186 ponderou que, embora já existam operadoras importantes participando do
187 projeto, esse número ainda é muito pequeno, considerando todo o universo da
188 saúde suplementar. Assim, ressaltando as estratégias idealizadas para atrair
189 mais operadoras, fez uma solicitação, em especial às entidades representativas
190 das operadoras, que se sensibilizem com o projeto e ajudem a capilarizar essa
191 tentativa de atração para uma participação mais efetiva das operadoras,
192 principalmente aquelas que atuam fora do eixo central Rio/São Paulo/Sudeste.
193 O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) abriu
194 a palavra aos representantes da Câmara que desejassem fazer alguma pergunta
195 ou comentário. O Sr. **Carlos Norberto Varaldo** (Entidade de Portadores de
196 Patologias Especiais – AIGA) parabenizou a Sra. Jacqueline pela apresentação
197 e, considerando que os dados percentuais apresentados são gerais, perguntou
198 se a Agência tem, operadora por operadora, a quantidade percentual de partos
199 normais e partos por cesárea. A Sra. **Jacqueline Alves Torres**
200 (COIME/GEEIQ/DIDES/ANS) respondeu que a ANS detém essa informação via
201 SIP e TISS e, inclusive, há a divulgação de partos cesáreos das operadoras da
202 saúde suplementar que participam da qualificação na ANS. No entanto,
203 esclareceu que dentro do Projeto Parto Adequado a avaliação é feita mais pela
204 participação dos hospitais e que, como o objetivo não é expor qual está mais ou

205 menos adequado ao projeto, a divulgação pública é feita de forma agregada. A
206 Sra. **Carmem Lúcia Lupi Monteiro Garcia** (Conselho Federal de Enfermagem
207 – COFEN) elogiou a Sra. Jacqueline, dizendo que, enquanto Conselho Federal
208 de Enfermagem, era um grande prazer ver o trabalho de uma enfermeira sendo
209 desenvolvido em conjunto com tantos outros profissionais da área e sendo o
210 projeto abraçado pela ANS. A Sra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**
211 (Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE) manifestou que
212 vem notando, da parte das filiadas à entidade que representa, um engajamento
213 e um comprometimento muito grande em relação ao Projeto Parto Adequado e
214 parabenizou a ANS por ter encampado a proposta de mudar esse quadro, com
215 esse projeto que conceitua como vencedor. O Sr. **Reinaldo Camargo Scheibe**
216 (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE)
217 corroborou no sentido de que o PPA é um projeto vencedor, destacando a
218 importância de reduzir questões de partos prematuros e não a termo, que trazem
219 riscos e custos desnecessários. No entanto, enquanto Abamge, ponderou que
220 há muitas operadoras de pequeno porte espalhadas pelo Brasil e que, dada a
221 amplitude e exigências do projeto, há dificuldades de implantá-lo no interior e,
222 neste sentido, propôs uma conversa para se rediscutir algumas especificidades
223 de interiorização. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de
224 Desenvolvimento Setorial da ANS), respondendo ao Sr. Reinaldo Scheibe,
225 informou que essa forma de participação já está sendo idealizada e que, muito
226 em breve, a ANS os convidaria para uma reunião com os demais gestores do
227 projeto, no intuito de encontrar bons encaminhamentos com vistas a ampliar a
228 participação das operadoras. O Sr. **José Luiz Spigolon** (Confederação das
229 Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB)
230 cumprimentou a Diretoria da Agência e a equipe que cuida do projeto pela
231 iniciativa e sucesso e, na mesma linha da colocação do Sr. Reinaldo Scheibe,
232 argumentou que as operadoras das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos são
233 capilarizadas no interior e cidades pequenas e que, muito embora já tenham sido
234 incentivadas a participarem ativamente do projeto, esbarram nas dificuldades de
235 sua implantação. Então, pediu à ANS um olhar mais qualificado para essas
236 entidades. O Sr. **João Paulo dos Reis Neto** (União Nacional das Instituições de
237 Autogestão em Saúde – UNIDAS) parabenizou a Agência e noticiou que, um dos
238 resultados da pesquisa Unidas, a ser publicada em breve, indica que o número

239 de partos normais entre as filiadas da Instituição também aumentou. Se
240 comprometeu em reforçar institucionalmente o incentivo à participação das
241 operadoras no PPA. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de
242 Desenvolvimento Setorial da ANS) agradeceu e disse que esse é um dado
243 importante que ajuda a divulgar ainda mais o programa. O Sr. **Leandro Fonseca**
244 **da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) cumprimentou a Sra. Jacqueline
245 pela brilhante apresentação e passou ao item 2.2 da pauta, Boas Práticas em
246 Atenção à Saúde, convidando a Sra. Ana Paula Silva Cavalcante, Gerente de
247 Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial – GEEIQ, da Diretoria de
248 Desenvolvimento Setorial da ANS, para apresentar o tema. A Sra. **Ana Paula**
249 **Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS) apresentando-se, informou que, no final
250 de 2017 e início de 2018, todos os projetos relativos à melhoria da qualidade
251 foram concentrados na Gerência de Qualidade Setorial, onde os programas e
252 projetos são trabalhados em sinergia, ou seja, o Projeto Parto Adequado se
253 tornou inspiração para outras iniciativas similares e começaram a trabalhar no
254 modelo de atenção ampliado para a saúde suplementar baseado na atenção
255 primária em saúde e, da mesma forma, a certificação criada para o Projeto de
256 Atenção Primária à Saúde (APS) inspira uma certificação no Parto Adequado.
257 Explicou que o Programa de APS é uma iniciativa desenvolvida pela ANS que
258 propõe um modelo inovador na saúde suplementar para reorganização da porta
259 de entrada do sistema, baseado em cuidados primários em saúde, cujas práticas
260 não são novidade, mas que na saúde suplementar representa uma grande
261 inovação. Mencionando que hoje há um modelo de atenção desarticulado, sem
262 porta de entrada, sem generalista, inefetivo, inoportuno e arraigado na sociedade
263 brasileira, apontou estratégias a serem utilizadas para o modelo de cuidado
264 integral: baseado em condições crônicas agudas e agudas crônicas;
265 ambulatorial; multiprofissional; integral e continuado; focado em promoção,
266 prevenção, reabilitação e cuidados paliativos; com avaliação de qualidade que
267 avalie desfecho; incorporação de tecnologias em saúde baseadas em evidências
268 de forma sustentável; adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em
269 evidências; remuneração dos serviços baseada em valor. Explanou que o
270 Programa de Atenção Primária à Saúde tem como objetivo: promover a
271 coordenação do cuidado em saúde, tendo a APS como porta de entrada principal
272 e eixo organizativo de rede assistencial na prestação do cuidado na saúde

273 complementar; estimular a implementação de modelos de remuneração para a
274 sustentabilidade do setor; fomentar a ação de boas práticas em APS; e
275 implementar indicadores de atenção primária para monitoramento dos seus
276 resultados. Esclareceu que haverá duas formas de adesão pelas operadoras ao
277 Programa: pela Certificação, que se encontra em consulta pública para
278 aprimoramento, mas já tem um arcabouço, com requisitos, itens de verificação,
279 diretrizes claras e indicadores propostos; e outra, pela participação em Projetos
280 Piloto. Registrou que o Programa de Atenção Primária à Saúde, lançado em
281 Seminário, no dia 16 de abril de 2018, encontra-se em consulta pública no site
282 da ANS, e que a certificação será realizada por entidades acreditadoras
283 independentes mediante verificação *in loco*, e serão avaliados requisitos em
284 todas as seguintes dimensões: planejamento e estrutura técnica; ampliação e
285 qualificação do acesso; qualidade e continuidade do cuidado; interações
286 centradas no paciente; monitoramento e avaliação da qualidade; educação
287 continuada e modelos inovadores de remuneração baseados em valor. Chamou
288 atenção para o fato de que os modelos de remuneração estão sendo trabalhados
289 em cada um dos projetos propostos de melhoria da qualidade, com a ideia de
290 que se pode acompanhar melhor os projetos quando estes estão incorporados
291 numa mudança de qualidade assistencial. Quanto aos itens de verificação,
292 explicou que há uma gradação em três níveis, classificados como essencial,
293 complementar e de excelência, a depender da pontuação alcançada pela
294 operadora. Completou que, além disso, haverá o acompanhamento de
295 macroindicadores de resultado para verificar se, de fato, as estratégias estão
296 impactando. Quanto à exigência de cobertura populacional mínima para
297 Certificação em APS, ressaltou que, para que haja um selo de certificação, a
298 cobertura tem que ser significativa, contudo, está sendo concedido um facilitador
299 para que a operadora não tenha que implantar todas as linhas de cuidado de
300 uma só vez, podendo ser feita em três níveis, mas que contemple uma cobertura
301 populacional bastante razoável para que haja sustentabilidade e resolutividade
302 do modelo com consequente impacto nos resultados. Assinalou que a equipe
303 mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo: médico
304 generalista (clínico geral); um enfermeiro generalista; técnico de enfermagem;
305 um profissional de saúde não médico; um cirurgião-dentista, caso a operadora
306 contemple saúde bucal; e um pediatra, caso a APS contemple crianças.

307 Observou que esse modelo de equipe é baseado na literatura, mas que se está
308 disponível para outras sugestões de desenho, inclusive pela consulta pública,
309 podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de
310 acordo com as demandas. Quanto a outra forma de adesão, explicou que,
311 pensando-se nas operadoras que ainda estão se estruturando para cumprir os
312 requisitos da certificação, criou-se a possibilidade de adesão ao Projeto Piloto
313 para a APS, que está sendo desenhado com base na metodologia de projetos
314 de melhoria da qualidade em saúde, similar ao do Parto Adequado, ou seja, um
315 modelo como forma de preparação para a certificação. Relatou que, para
316 execução do Projeto Piloto, também estão buscando parcerias, a exemplo da
317 Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Hospitais de Excelência,
318 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, que fariam tutoria,
319 orientação e monitoramento da implementação e dariam todo apoio em aspectos
320 técnico-científicos e operacionais, com as diretrizes fixadas pela ANS, que fará
321 o monitoramento dos resultados por meio dos macroindicadores, que se
322 destacam dentre as informações obrigatórias de APS. Acrescentou que o
323 percentual de beneficiários poderá ser inferior ao mínimo exigido na certificação,
324 bem como os requisitos mínimos que não serão tão abrangentes. Quanto ao
325 Projeto Idoso Bem Cuidado, cuja primeira fase já está terminando e já apresenta
326 resultados, comunicou que seu escopo foi ampliado e que todos os participantes
327 poderão aderir ao Projeto APS desde que cumpram os requisitos e, em caso de
328 aceite, terão o prazo de seis meses para adequação ao modelo proposto.
329 Finalizando a apresentação, informou que os Indicadores para Monitoramento
330 estarão disponíveis no site, bem como a Consulta Pública nº 66, disponível de
331 05 de junho a 19 de julho de 2018. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-
332 Presidente Substituto da ANS), agradecendo à Sra. Ana Paula, cedeu
333 oportunidade aos membros da CAMSS para comentários a respeito da
334 apresentação. A Sra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes** (Federação Nacional
335 de Saúde Suplementar – FENASAÚDE), ressaltando que a questão da atenção
336 primária à saúde tem sido uma bandeira do setor, considerada o modelo de
337 racionalidade para utilização do sistema, parabenizou novamente a Agência por
338 ter provocado e acolhido essa iniciativa e pela proposta de consulta pública do
339 projeto. Todavia, argumentando que, embora o objeto e mérito da proposta já
340 estejam mais do que pacificados como adequados e pertinentes, elencou

341 algumas dificuldades, como o contingente de profissionais envolvidos, a questão
342 de que quanto menor o porte da operadora maior será o percentual da população
343 a ser observada e o fato de que enfrentarão maior dificuldade de ajuste
344 operadoras que não possuem rede verticalizada. Assim, reiterou o pedido,
345 previamente feito por ofício, de dilação do prazo da consulta pública, em virtude
346 da complexidade da proposta que demanda um tempo maior de apreciação por
347 parte das operadoras. O Sr. **Reinaldo Camargo Scheibe** (Sindicato Nacional
348 das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE) conceituou o Projeto de
349 Atenção Primária à Saúde como interessante e relevante e disse que a medicina
350 de grupo o apoia. Porém, asseverou que algumas questões precisam ser melhor
351 aprofundadas e conversadas, a exemplo da estrutura desses grupos de trabalho
352 que devem observar e se adaptar às regras do Conselho Federação de
353 Medicina, assim como, a questão do paciente ser portador do prontuário único,
354 que tem fundamental importância, mas também esbarra em alguns obstáculos,
355 inclusive, algumas entidades de classe e até mesmo de defesa do consumidor
356 ainda defendem que a porta de entrada pode limitar a liberdade do paciente.
357 Dessa forma, reforçou a necessidade de que tudo deve ser melhor conversado
358 e acordado a fim de evitar penalidades por se tentar fazer algo bem feito. O Sr.
359 **João Paulo dos Reis Neto** (União Nacional das Instituições de Autogestão em
360 Saúde – UNIDAS), parabenizando a Sra. Ana Paula pela apresentação, informou
361 que, ainda se referindo ao último dado da pesquisa Unidas, em relação a 2015,
362 em 2016 caiu pela metade o número de internações por condições sensíveis à
363 atenção primária, numa mostra de 3 milhões de pessoas, com mais ou menos
364 28 mil internações, das quais muitas colocaram Cid. Indicou que, em 2015, essa
365 porcentagem era de 23%, o que foi considerado um absurdo para entidade de
366 autogestão que tem como característica investir mais em atenção primária.
367 Relatou que a queda em 2016 repercutiu sobre o custo assistencial, houve queda
368 de cerca de 9%, o que foi tido como bem razoável. Questionou se a ANS tem
369 esse dado e afirmou que seria interessante um olhar qualificado para
370 autogestões e outras entidades. A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante**
371 (GEEIQ/DIDES/ANS) respondeu que um dos macroindicadores propostos é
372 exatamente internação por condições sensíveis que, pelas estatísticas de
373 literatura, é muito alto no Brasil, além da média mundial. Esclareceu que na ANS
374 há dificuldade de captação do CID pelo TISS, que causa imprecisão, porém, no

375 projeto, quem voluntariamente participar terá que colher o dado e isso facilitará
376 muito para que se monte uma linha de base e para redução dessa taxa de
377 internações, que não deveriam, em tese, ter ocorrido e que poderiam ter sido
378 resolvidas de forma mais segura para o paciente e mais barata para a fonte
379 pagadora. O Sr. **Sidney Rosa da Silva Júnior** (Entidade de Defesa do
380 Consumidor – MPCON) passa a palavra para a colega Anabele Macedo e afirma
381 que vai fazer isso, pois ela é especialista nesse tema. A Sra. **Anabele Macedo**
382 (MPCON) salientou a importância do projeto, uma vez que a atenção primária
383 em saúde já se comprovou como uma estratégia de ganhos recíprocos, tanto
384 para os consumidores, como para as operadoras e prestadores de serviço.
385 Destacou a relevância da aproximação com as instâncias médicas e não
386 médicas no campo da Saúde da Família, da Sociedade Brasileira de Medicina
387 de Família e Comunidade e com os setores do próprio Ministério da Saúde, para
388 que possa haver, no âmbito do projeto da saúde suplementar, a utilização dos
389 parâmetros utilizados no SUS, a fim de que o conhecimento lá alocado, e das
390 sociedades médicas especializadas, possa ser importado para a Agência. A Sra.
391 **Ana Paula Silva Cavalcante** (GEEIQ/DIDES/ANS) confirmou que a ANS está
392 em tratativas com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,
393 com a Opas e com o Ministério da Saúde, obviamente, com base na literatura.
394 Aproveitou para reiterar a importância da contribuição tanto de quem está na
395 ponta, como os prestadores, como de quem está atuando nessa gestão nas
396 operadoras, apontando o que pode ter sido excessivo e aquilo que pode ser
397 aprimorado. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento
398 Setorial da ANS), observando que o projeto de APS foi desenvolvido com
399 impressionante robustez técnica, cujos documentos que embasam a proposta
400 somam mais de 200 páginas, disse que a dilação do prazo para recebimento de
401 contribuições seria considerada e reforçou, não apenas a solicitação do envio de
402 contribuições, mas que o material disponibilizado seja lido com bastante atenção
403 porque nele estão contidas todas as justificativas para as propostas que foram
404 apresentadas, as quais estão muito bem fundamentadas, seja na literatura
405 nacional e internacional, seja em experiências já exitosas. Neste sentido,
406 ponderou que não se pode apenas importar um modelo de forma direta, há a
407 necessidade de ajustes e transição para o contexto do setor de saúde
408 suplementar, que é bem distinto do contexto da saúde pública. Por fim, comentou

409 que o projeto é, no mínimo, de médio prazo e que, provavelmente, levará uns
410 dez anos para que produza resultados que de fato impactem no setor. O Sr.
411 **Emmanuel Lacerda** (Confederação Nacional da Indústria – CNI),
412 parabenizando a Agência pela iniciativa, manifestou que a indústria contratante
413 de planos de saúde também apoia o movimento. Informou que a CNI acaba de
414 publicar uma pesquisa da série da saúde pública, na qual foi introduzida a parte
415 da saúde suplementar, que mostra um índice de 75% de valorização da APS,
416 não apenas da perspectiva pública, mas também da população que faz uso do
417 sistema privado e concorda com iniciativas de atenção primária para orientar a
418 utilização do serviço de saúde. Citou outro dado surpreendente de que quase
419 77% da população classifica a valorização de políticas preventivas acima,
420 inclusive da construção de hospitais. Contudo, disse que a pesquisa também
421 sinaliza alguns pontos de atenção, em que a população coloca como principal
422 dificuldade questões restritivas, a exemplo a demora no agendamento de
423 consultas médicas e o fato de deixar de procurar um médico dada a prescrição
424 de exames e medicamentos devido aos custos. Neste aspecto, alertou para a
425 necessidade de uma atenção coordenada das demandas que surgirão a partir
426 do projeto, como forma de assegurar que, além de se resolver a entrada, haja
427 um encaminhamento racional do sistema. Concluindo, registrou que as
428 contribuições da CNI estão sendo preparadas e uma das perspectivas é de trazer
429 ao debate a questão de como considerar estruturas corporativas de empresas,
430 especialmente da indústria contratante, que já investem em gestão de saúde
431 praticando uma forma de APS. A Sra. **Ana Paula Silva Cavalcante**
432 (GEEIQ/DIDES/ANS) enfatizou que a coordenação do cuidado é ponto central
433 do projeto, até porque APS sem garantia de continuidade do cuidado não é APS
434 e, se for identificada alguma lacuna, esta será corrigida. Acrescentou que a
435 proposta foi trabalhada com base em ferramentas universais de avaliação
436 primária, a exemplo da PCATool, e a partir disto foram elencados vários critérios
437 interessantes. Explicou que a APS pode ter incentivos suficientes para atrair as
438 pessoas, mas esclareceu que o projeto não pode ser visto fora do arcabouço
439 legislativo e que não se está propondo que a porta de entrada seja obrigatória,
440 valendo o que está dentro do escopo do que o beneficiário contratou com a
441 operadora, em conformidade com todos os normativos da saúde suplementar.
442 Frisou que a proposta não fere nenhuma norma do CFM, assim como nenhuma

443 norma legal da ANS ou da legislação brasileira. O Sr. **Carlos Norberto Varaldo**
444 (Entidade de Portadores de Patologias Especiais – AIGA), compartilhando o
445 dado de uma pesquisa feita em 2017, com 1.200 pessoas com problemas de
446 fígado, a fim de se averiguar o atendimento no sistema público de saúde, nos
447 planos de saúde e em consultórios particulares, e que teve como resultado que,
448 em ambos os sistemas, o grande problema é o tempo de duração da consulta,
449 citou que, ao apresentar esse dado em um Congresso em Boston, um
450 cardiologista disse que sua consulta durava no máximo de 15 a 20 minutos, pois
451 a parte de prevenção era feita pela enfermeira, cujo salário é mais barato e com
452 quem os pacientes têm mais identificação. Assim, destacou que é preciso que
453 se pense muito no sistema de atendimento, onde o médico deve atuar na
454 especialidade e não em toda a linha de indicação de prevenção, porque isso
455 aumenta o número de atendimentos por hora, reduz custos e,
456 consequentemente, traz um resultado superior. O Sr. **Leandro Fonseca da**
457 **Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), agradecendo as contribuições,
458 seguiu para o próximo item de pauta, chamando o Senhor João Manoel da Cruz
459 Simões, Diretor do Departamento de Política de Pessoal e Previdência
460 Complementar de Estatais, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e
461 Gestão para fazer uma apresentação sobre alguns esclarecimentos a respeito
462 das Resoluções CGPAR nº 22 e 23, de 2017, que dizem respeito aos planos de
463 saúde das empresas estatais. O Sr. **João Manoel da Cruz Simões** (Diretor do
464 Departamento de Política de Pessoal e Previdência Complementar de Estatais,
465 do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão -
466 DEPEC/SEST/MPDG), cumprimentando a todos, disse que em sua apresentação
467 traçaria um perfil das empresas estatais federais, as competências da Secretaria
468 de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (Sest) e da Comissão
469 Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações
470 Societárias da União (CGPAR), um cenário antecedente, resultados esperados
471 e maiores esclarecimentos dos principais pontos das Resoluções CGPAR nº 22
472 e 23, de 2017, que versam sobre diretrizes para o Benefício de Assistência à
473 Saúde (BAS) das empresas estatais federais. Quanto à quantidade de
474 empresas, enumerou: somam 144 empresas no total; 97 dessas empresas têm
475 controle indireto da União e são subsidiárias do Grupo Petrobrás (38), Eletrobrás
476 (37), Banco do Brasil (16), BNDES (3), Caixa Econômica Federal (2) e Correios

(1); as outras 47 empresas têm controle direto da União e delas 18 são dependentes de recursos do Tesouro Nacional (custeio, parcial ou total, de pessoal e administrativo é realizado pela União) e 29 são não dependentes (geram recursos próprios para pagamento do seu custeio). Sobre a quantidade de empregados das empresas estatais, informou que são 505 mil diretamente com contrato de trabalho assinado nas 144 empresas, sendo que 53 empresas têm até 500 empregados e apenas 5 têm acima de 10 mil empregados. Divulgou que a quantidade de beneficiários de assistência à saúde das empresas estatais federais, que representa 4% do setor de saúde suplementar, soma quase 2 milhões de vidas, assistidas por uma das quatro modalidades ofertadas: autogestão por operadora; autogestão por RH; plano de saúde contratado do mercado; e reembolso, no qual o próprio empregado contrata um plano e a empresa reembolsa o valor dentro de alguns parâmetros. Explanou que a Sest, instituída pelo Decreto nº 9.035, de 20 de abril de 2017, tem como principais competências: promover a articulação e a integração das políticas das empresas estatais e propor diretrizes e parâmetros de atuação sobre políticas de pessoal, de governança e de orçamento; e manifestar-se sobre assuntos relacionados às empresas estatais, inclusive quanto ao custeio de benefício de assistência à saúde. Quanto à CGPAR, instituída pelo Decreto nº 6.021/2017, explicou que é composta pelo Ministro de Estado do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, pelo Ministro de Estado da Fazenda e pelo Ministro-Chefe da Casa Civil, e destacam-se as competências: tratar de matérias relacionadas com a governança corporativa nas empresas estatais federais e da administração de participações societárias da União; e aprovar diretrizes e estratégias relacionadas à participação acionária da União nas empresas estatais federais, com vistas à defesa dos interesses da União, como acionista, e da promoção da eficiência na gestão, inclusive quanto à adoção das melhores práticas de governança corporativa. Após, passou a demonstrar o que era o cenário antecedente e o que levou ao estabelecimento das Resoluções. Primeiro, chamou a atenção de que esse tipo de diretriz da União para suas empresas não é novidade, pois a Resolução CCE nº 09, de 08 de agosto de 1996, do Conselho de Coordenação e Controle das Empresa Estatais, já estabelecia que a participação da empresa no total dos gastos com o custeio de planos de saúde, de seguro de vida e de outras vantagens assemelhadas oferecidas, não poderia

511 exceder a 50% da participação do empregado. Destacou o crescimento
512 significativo, principalmente até 2016, do custeio das empresas em relação ao
513 benefício de assistência à saúde de seus empregados e o custo do pós-emprego
514 muito elevado, sendo que nas empresas estatais o maior deles é o custo com
515 benefício de assistência à saúde quando oferecido depois que o vínculo de
516 contrato de trabalho termina, ou seja, na aposentadoria. Destacou ainda outras
517 situações precedentes que acarretaram no que se tem hoje, como: modelo de
518 negociação dos benefícios oferecidos aos empregados descolado de uma
519 análise de sustentabilidade; pressão de grupos corporativos; e concentração na
520 empresa dos riscos da oferta de benefícios. Assinalou também o critério de
521 custeio inadequado: planos que não possuem mensalidade, apenas
522 coparticipação como única forma de custeio pelos empregados; e ausência,
523 insuficiência ou utilização inadequada de mecanismos financeiros de regulação,
524 que em muitos planos é substituído pela mensalidade, também utilizados como
525 única fonte de custeio por parte dos empregados e que, em geral, acarretam um
526 custo de 90% para as empresas. Quanto a regulamentos do contexto anterior,
527 apontou como problemas: ausência de padronização na inclusão de
528 dependentes, aquisição contínua de direito adquirido; e visão assistencialista.
529 Ainda traçando o cenário antecedente, descreveu os incipientes mecanismos de
530 governança da gestão do benefício de assistência à saúde nas empresas:
531 insuficiência de acompanhamento gerencial sistemático da contabilidade de
532 Receitas e Despesas relativas ao BAS; Inexistência de fluxo de informações
533 pelos canais de governança das empresas; a Alta Administração não acessa, ou
534 faz de forma insuficiente, as informações relativas ao BAS; ausência de cultura
535 de estabelecimento de planos de metas sistemáticos e específicos para as
536 autogestões; necessidade de aprimoramento dos critérios para nomeação de
537 representantes das empresas nas diretorias das Operadoras de Autogestão. Na
538 sequência, discorreu sobre os resultados esperados: reorientação do modelo de
539 gestão visando a sustentabilidade; maior profissionalização da gestão do
540 benefício de assistência à saúde e acompanhamento pela alta administração;
541 redução de pressões corporativas a partir do estabelecimento das diretrizes
542 fixadas pela União; assimilação do uso do benefício de assistência à saúde como
543 ferramenta de política de gestão de pessoas em contraponto à visão
544 assistencialista; limitação do risco para as empresas - sustentabilidade; limitação

545 de custos com o BAS, vinculando-o às capacidades financeiras e administrativas
546 das empresas. No âmbito de reorientação do modelo de gestão, citou o caso dos
547 Correios, no qual boa parte da situação crítica vivenciada decorria dos custos do
548 benefício de assistência à saúde, tão grave que, após dois anos de tentativa
549 frustrada de negociação com os empregados, o próprio Tribunal Superior do
550 Trabalho, recentemente, deu uma sentença no sentido de remodelar a
551 sistemática do plano para um modelo com cobrança de mensalidade, cuja
552 coparticipação não seria a principal renda por parte dos empregados e com uma
553 limitação da participação dos dependentes, muito na linha do que está sendo
554 proposto pela CGPAR. Lembrando que parte das empresas são parcial ou
555 totalmente custeadas pelo Tesouro Nacional, alertou que a visão meramente
556 assistencialista das empresas sobre o benefício de assistência à saúde vai em
557 detrimento, inclusive, de recursos públicos que poderiam ser direcionados para
558 outras áreas. Em seguida, narrou a questão das Resoluções. Quanto à
559 Resolução CGPAR nº 22, que é uma resolução de governança do Benefício de
560 Assistência à Saúde, informou que foram estabelecidos: um Relatório Anual
561 Consolidado; rotinas de monitoramento e avaliação, que é anual pela alta
562 administração; critérios para nomeação e recondução de representantes das
563 diretorias das entidades; e uma exigência de plano de metas pelas autogestões
564 por RH, com uma indução de que seja feito também pelas autogestões por
565 operadora. Especificamente quanto ao Relatório Anual Consolidado, ponto
566 principal dessa Resolução, anunciou que, além das questões usualmente
567 colocadas em relatório, como receita, despesa e custeio, foi acrescentado o item
568 qualidade para que a questão não fique meramente no âmbito de custo e, assim,
569 a área de gestão de pessoas das empresas possa demonstrar à alta
570 administração a relevância do benefício de assistência à saúde que ela está
571 custeando. No que tange à Resolução CGPAR nº 23, listou os principais pontos:
572 fixa valor máximo a ser gasto com o BAS em função do valor da folha de
573 pagamento da empresa; veda a criação de BAS na modalidade de autogestão
574 por RH; veda a participação de empresa estatal federal em operadora de
575 autogestão como mantenedora (só pode ser patrocinadora); a operadora
576 patrocinada deverá ter pelo menos 20 mil vidas em sua carteira; limita o BAS à
577 vigência do contrato de trabalho; estabelece as diretrizes para a adesão de
578 novos empregados em planos de saúde na modalidade autogestão por

579 operadora e por RH; veda a previsão de oferta de BAS em editais de concursos
580 públicos, o que não quer dizer que não possa ser ofertado, mas evita que aquele
581 modelo de benefício tenha adesão ao contrato de trabalho do empregado;
582 estabelece diretrizes para custeio do BAS na modalidade reembolso e plano de
583 saúde contratado no mercado; institui a apresentação sistemática de relatórios
584 contábeis em autogestões por RH; determina que os normativos internos das
585 empresas sejam adequados às normas da Resolução; prevê prazo de
586 enquadramento das empresas em até 48 meses (até janeiro de 2022); prevê o
587 acompanhamento e fiscalização pela Auditoria e órgãos de controle do
588 cumprimento dos dispositivos da Resolução. Esclareceu que a limitação do BAS
589 à vigência do contrato de trabalho significa que a Resolução está acabando com
590 o pós-emprego com custeio pela patrocinadora, o que não guarda relação com
591 a legislação que permite ao empregado, após sair da empresa, que continue com
592 o benefício pagando sua parte e a da empresa. Finalizando sua apresentação,
593 esclareceu, ainda, que o teto de gastos com o BAS estabelecido na Resolução
594 nº 23 é a relação entre o que a empresa gastou em 2017 relativamente à sua
595 folha de pagamento ou 8% da folha de pagamento, considerando-se o menor
596 percentual, sendo que, se esse percentual estiver abaixo dos 8%, a empresa
597 ainda pode aumentar em 10% o custo do benefício. O Sr. **Leandro Fonseca da**
598 **Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) agradeceu ao Sr. João Manoel e
599 perguntou aos membros da CAMSS se gostariam de colocar alguma questão. O
600 Sr. **João Paulo dos Reis Neto** (União Nacional das Instituições de Autogestão
601 em Saúde – UNIDAS), comentando que a Diretoria da Unidas já teve
602 oportunidade de conversar com Sr. João Manoel e equipe, agradeceu pelos
603 esclarecimentos e registrou que, apesar de entenderem os motivos que levaram
604 à elaboração dessas Resoluções, a Unidas está muito preocupada com sua
605 grande repercussão, inclusive imagina ter sido o motivo da Agência ter colocado
606 a questão em pauta. Citando o dado de que, nos últimos 12 meses, a maior saída
607 de vidas de todo o setor de saúde suplementar foi exatamente das autogestões,
608 asseverou que, a exemplo do que ocorre hoje com o servidor público do
609 executivo, o qual não está mais conseguindo manter suas autogestões pela
610 incapacidade de arcar com sua contribuição, nas estatais existe essa mesma
611 preocupação que foi levada à Diretoria da Unidas e que, conseqüentemente,
612 provocará uma saída em massa de vidas desses planos, principalmente dos

613 dependentes desses servidores. O Sr. **Emmanuel Lacerda** (Confederação
614 Nacional da Indústria – CNI) disse que as Resoluções podem ser um bom
615 exemplo de eficiência de gasto público, mas não no caso das empresas
616 contratantes que, em geral, lidam com um peso na folha de pagamento de mais
617 ou menos 12% e agora têm que praticar os 8% limitado a 10% de reajuste.
618 Assim, perguntou como está a situação da maior parte das estatais neste
619 contexto. O Sr. **João Manoel da Cruz Simões** (DEPEC/SEST/MPDG) respondeu
620 que a maior parte das estatais, em termos de quantidade de empregados, está
621 abaixo dos 8%, num cenário em que as maiores estatais, principalmente as que
622 estão no mercado concorrencial, se mantiveram dentro do seu setor, e o grupo
623 que gastava mais era o de algumas estatais pequenas, inclusive dependentes,
624 que se comprometeram, ao longo dos anos, muito além do que o Tesouro
625 Nacional poderia arcar. O Sr. **Emmanuel Lacerda** (Confederação Nacional da
626 Indústria – CNI) solicitou mais dois esclarecimentos: um, quanto à questão dos
627 inativos, chamada de pós-emprego, se realmente foi o fim da extensão do
628 benefício ou se, dada a sua valorização, foi levado em conta algumas formas de
629 capitalização para mantê-lo aos empregados que fizeram carreira na empresa;
630 outro, se foram consideradas na análise as questões de incorporação de
631 tecnologia e de judicialização. O Sr. **João Manoel da Cruz Simões**
632 (DEPEC/SEST/MPDG) explicou que a preocupação primária, enquanto União é
633 acionista majoritário, e considerando gasto público, foi limitar o BAS ao
634 empregado contratado e, quanto ao pós-emprego, a concepção é de que a
635 própria legislação já garante que o empregado aposentado pode continuar no
636 plano arcando com o custo médio. Sobre o questionamento de incorporação
637 tecnológica e judicialização, esclareceu que o entendimento é de que essa
638 questão mais específica é um papel da gestão, das alternativas que as empresas
639 irão propor, as quais serão avaliadas e que podem ou não serem autorizadas ou
640 solicitados ajustes. Porém, registrou que, considerando o papel de governança,
641 foram estabelecidos limites máximos dentro de uma racionalidade. Neste
642 sentido, referindo-se também à colocação da Unidas, frisou que a limitação de
643 dependentes a cônjuges e filhos excluiu outros dependentes que não fazia
644 sentido. Acrescentou que as empresas terão quatro anos para encontrar
645 soluções, citando o exemplo da Infraero, cujo modelo de benefício de assistência
646 à saúde sem mensalidade era insustentável e, hoje, a empresa assinou um

647 acordo coletivo de trabalho, alterando, por negociação, para um modelo que
648 chegue à sustentabilidade que está sendo proposta. A Sra. **Patrícia Cardoso**
649 **Maciel Tavares** (Entidade de Defesa do Consumidor - NUDECON) disse que
650 não entraria no mérito da questão de governança, mas ressaltou que, enquanto
651 defesa do consumidor, se tem uma visão do outro lado da história, do que se
652 apresenta, na prática, do dia-a-dia das pessoas que, após terem contado uma
653 vida inteira com aquele benefício, depois de aposentadas, se apresentam aos
654 Núcleos de Defesa do Consumidor sem compreenderem porque seu plano de
655 saúde sofreu um aumento tão acima daquele divulgado pela ANS. Afirmou que
656 devido à ausência de informações, esses consumidores entendem a falta de
657 subsídios como reajuste, até porque sequer assimilam qual o tipo de plano
658 possuem e nem sempre há comunicação prévia da cobrança com aumento.
659 Mencionou que o Nudecon, que não pode litigar contra a União, após oficial, por
660 exemplo, Geap e Cassi, constata e presta esclarecimento ao beneficiário e o
661 encaminha à Defensoria Pública. Alertou que esse movimento começou há uns
662 três anos e o que se está verificando é uma situação expulsória, onde as
663 pessoas, que são o mais importante de tudo, estão deixando de ter o plano de
664 saúde, porque não têm mais condições de pagar. Diante disso, consignou o
665 reiterado problema de vício de informação nesse processo, que, com certeza,
666 está aumentando a judicialização. O Sr. **João Manoel da Cruz Simões**
667 (DEPEC/SEST/MPDG) concordou que o assunto é complicado, no entanto,
668 ponderou que a Geap não é atingida pelas Resoluções CGPAR Nº 22 e 23, por
669 não ser um plano de previdência de empresa pública e que, no caso da Cassi, o
670 movimento relatado é da própria sustentabilidade da empresa e ainda não tem
671 a ver com essas Resoluções, inclusive não há conhecimento de repercussão em
672 outras empresas, além do caso da Infraero, cujo contrato acaba de ser assinado.
673 Nesse ângulo, reiterou que, embora seja reconhecida a importância do benefício
674 de assistência à saúde para as empresas e para os empregados e seus
675 dependentes, faz-se imprescindível que haja um limite deste gasto dentro de
676 parâmetros razoáveis, haja vista que se tratam de recursos públicos
677 direcionados para determinada parcela da população, e que, de fato, as pessoas
678 que importam são todas e não apenas as de um grupo específico. Assinalou que
679 o ponto levantado sobre a informação é uma questão de gestão das empresas
680 com o seu beneficiado. A Sra. **Patrícia Cardoso Maciel Tavares** (Entidade de

681 Defesa do Consumidor - NUDECON) disse que sua intensão não é fazer uma
682 análise crítica das Resoluções, cuja explanação até entende e concorda em
683 alguns pontos, contudo, reforçou que o problema é que as pessoas, já por auto
684 governança das empresas, estão recorrendo aos órgãos de defesa do
685 consumidor sem saber o que está acontecendo e, se a questão da informação
686 adequada não for resolvida, certamente, esse número aumentará. O Sr.
687 **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS),
688 complementando a resposta à Sra. Patrícia, reconheceu que a preocupação em
689 relação à comunicação ao consumidor é de extrema relevância, como nos casos
690 em que não são informados os necessários ajustes, que não caracterizam
691 reajustes, mas compartilhamento de despesas que fazem parte do universo das
692 entidades de autogestão. Dessa forma, convalidou que as operadoras de planos
693 de saúde são, primariamente, responsáveis pela obrigatória comunicação
694 adequada diretamente ao beneficiário de plano de saúde. Explicou que o convite
695 feito ao Ministério do Planejamento para fazer aquela explanação na Câmara de
696 Saúde Suplementar, também movido pela repercussão na mídia, foi exatamente
697 para que se pudesse compreender melhor o objetivo do Ministério com as
698 Resoluções, absorver esse conhecimento e ajudar em sua replicação. O Sr.
699 **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS)
700 complementou que, assim como para qualquer outra modalidade de operação,
701 é obrigação da ANS atuar sobre as autogestões que, embora recebam recursos
702 públicos, também estão submetidas à regulação e, inclusive, muitas delas, que
703 não informam adequadamente aos seus beneficiários, já estão sofrendo as
704 medidas previstas na legislação para equalizar essa situação. Enfatizou que,
705 apesar de ser um tema muito novo, a Agência está atenta e acredita-se que, num
706 prazo razoável, se conseguirá uma pacificação maior. O Sr. **João Paulo dos**
707 **Reis Neto** (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS)
708 pediu novamente a palavra para reforçar uma sugestão, anteriormente
709 apresentada pela Unidas ao Sr. João Manoel, que diz respeito ao limitador das
710 20 mil vidas, um dos maiores questionamentos das autogestões quanto às
711 Resoluções. Nesse prisma, embora tenha ciência do que motivou o
712 estabelecimento desse limitador, opinou que ninguém melhor do que a ANS para
713 clarificar ao Ministério do Planejamento que ter mais vidas não significa ter maior
714 tendência de estabilidade financeira, muito pelo contrário, as autogestões que

715 passam hoje por esses problemas são todas de grande porte. Assim, deixou a
716 sugestão de uma melhor discussão da Agência com o Ministério para uma
717 possível revisão da norma no futuro. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-
718 Presidente Substituto da ANS) registrou que a ANS está sempre à disposição às
719 discussões técnicas, todavia, observou que, o que Agência vem apontado, ao
720 longo dos últimos anos, é que operadoras de porte muito pequeno estão mais
721 sujeitas ao risco de insolvência, exatamente por conta da falta de escala, ou se
722 tem capital adequado para lidar com esse risco ou se tem uma escala maior para
723 exatamente diluir o risco, que é a lógica natural pela lei dos grandes números
724 num setor que requer o mutualismo como forma de financiamento. A Sra. **Marisa**
725 **Fúria** (Conselho Nacional de Saúde - CNS), tecendo um comentário de que
726 algumas operadoras investem em propagandas na TV de custo altíssimo, o que,
727 na sua opinião, acaba tendo ligação com os elevados custos de planos de saúde
728 para o consumidor, sugeriu que a ANS faça alguma mediação no sentido de
729 controlar esse tipo de gasto. O Sr. **João Manoel da Cruz Simões**
730 (DEPEC/SEST/MPDG) deixou claro que, até onde é do seu conhecimento,
731 nenhuma operadora de empresa estatal faz propaganda, seja autogestão por
732 operadora seja por RH, até pela sua própria característica. O Sr. **Leandro**
733 **Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS), assinalando que
734 todas as operadoras de planos de assistência à saúde estão sujeitas à regulação
735 econômico-financeira do setor e, portanto, precisam ter um determinado nível de
736 capital e garantias financeiras adequadas para honrar os compromissos com
737 saúde, explicou que eventuais gastos com promoção, propaganda ou vendas,
738 desde que não comprometam a regularidade econômico-financeira da
739 operadora, são de livre iniciativa. Ratificou que, no caso das estatais, isso não
740 se aplica exatamente por ser uma modalidade de autogestão. Como não houve
741 mais inscrições para comentários sobre aquela matéria, agradeceu ao Sr. João
742 Manoel pelos esclarecimentos apresentados. Após, informou que a Sra. Simone
743 Sanches Freire, Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, pediu
744 desculpas por ter precisado sair mais cedo da reunião devido a problemas de
745 saúde e justificou que a Sra. Karla Santa Cruz Coelho, Diretora de Gestão da
746 ANS, não estava participando daquela reunião por estar de férias. Dados os dois
747 informes, seguiu para o item 2.4 da pauta, no qual seria feita uma apresentação
748 pelo Sr. Ricardo Medeiros de Castro, Coordenador no Departamento de Estudos

749 Econômicos do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (DEE/CADE). O
750 Sr. **Ricardo Medeiros de Castro** (Coordenador no Departamento de Estudos
751 Econômicos do CADE), cumprimentando os Diretores da Agência, externou que
752 era uma grande honra estar ali e, em nome do Conselho Administrativo de
753 Defesa Econômica (CADE), colocou a importância dessa aproximação com a
754 ANS e congratulou aos membros da CAMSS por aquela instância de exemplo
755 concreto de transparência de diálogo com a sociedade. Registrou que faria a
756 apresentação de um estudo sobre condutas do mercado de saúde suplementar
757 e a discussão de concorrência, realizado em 2015 pelo Departamento de
758 Estudos Econômicos (DEE), que é um órgão do CADE, que pode fazer estudos
759 por si só, mas também dá suporte interno ao Tribunal Administrativo de Defesa
760 Econômica, a Superintendência-Geral e a Procuradoria. Explicou que esse
761 estudo é focado na demonstração das principais condutas que tinham sido
762 julgadas pelo CADE: tabelas, unimilitância e o problema das cooperativas. Disse
763 que, embora estas tenham sido eleitas como foco do estudo, obviamente, outros
764 tipos de condutas a exemplo de cartéis, venda casada, recusa de negociação,
765 também seriam comentados. Frisou que o CADE é o órgão responsável pela
766 proteção da concorrência, onde se analisam tanto práticas coordenadas dos
767 vários setores da sociedade, como práticas unilaterais e verticais. Fazendo uma
768 comparação com os mercados tradicionais, apontou que o mercado de saúde se
769 apresenta muito mais complexo, tanto pelos vários interesses dos diferentes
770 atores sociais, como por questões, por exemplo, de análise de oferta e demanda,
771 considerando que neste setor, muitas vezes, a pessoa só terá conhecimento do
772 preço depois de ter, de fato, utilizado aqueles produtos e serviços. Pontuou
773 algumas falhas do mercado que podem, eventualmente, ser cometidas pelos
774 agentes: os pacientes com relação a alguma subutilização do sistema; os
775 profissionais médicos com solicitações de exames indevidos; os hospitais,
776 clínicas e indústria de materiais e medicamentos que podem efetuar possíveis
777 desperdícios; e os planos de saúde que, talvez até para se defender dessas
778 falhas de mercado, podem praticar eventuais negativas de cobertura, glosas
779 indevidas, seleção adversa. Indicando que o CADE busca implementar
780 concorrência para diminuir preços e aumentar a qualidade dos setores,
781 caracterizando-se como mais um ator nessa discussão, comentou que também
782 são analisados cartéis em vários setores e que, inclusive, acaba de ser celebrado

783 um acordo em suposto cartel de licitação de ambulâncias. Entrando no foco do
784 estudo, iniciou com as Tabelas Médicas - que somam, de 1996 a 2015, 81 casos
785 julgados, com 73 condenações – dividindo-as em três tipos explanados a seguir.
786 Tabelas de Hospitais/Clinicas: o entendimento do CADE é de que nenhum
787 hospital, clínica ou plano de saúde pode negociar conjuntamente a venda ou
788 compra de serviços, principalmente, por intermédio de uma tabela de preços; a
789 reunião de hospitais para imposição de preços caracteriza um ilícito pelo objeto,
790 conforme referido pelo Conselheiro Gilvandro Araújo em um dos processos
791 julgados; esse tipo de prática, possivelmente, ocasiona aumento de preço,
792 diminuição de quantidade e redução do bem-estar social; o CADE já analisou
793 vários tipos de Atos de Concentração (AC) entre hospitais, como o AC entre o
794 Hospital Dr. Astrogildo Azevedo e Unimed Santa Maria e o AC entre o Hospital
795 Regional de Franca e Unimed Franca, que foram indeferidos e as operações
796 bloqueadas. Sobre a Tabela de Compras, utilizou-se de um processo específico
797 da Unidas para explicar as posições controversas sobre o tema que, segundo a
798 Secretaria-Geral do CADE e do Ex-Conselheiro Eduardo Pontual, que sugeriu a
799 análise pela Regra da Razão, a compra conjunta no mercado de saúde pode ser
800 positiva por trazer aumento do volume de compra, gerando descontos, melhores
801 serviços de consultoria e diminuir custos administrativos, o que justificaria a
802 possibilidade de compradores se unirem e não ser considerado um cartel de
803 compras. Explicou que, no entanto, a posição do CADE, da Ex-Conselheira Ana
804 de Oliveira Frazão, foi contrária, prevalecendo o entendimento de que:
805 diminuições nos custos não são repassadas aos consumidores no caso de
806 monopsonio; o poder de compra de planos de saúde diminui a quantidade de
807 serviços médicos no longo prazo; a interferência da autoridade antitruste no
808 poder compensatório, deixando incólume o poder de mercado original, acentua
809 as distorções no mercado e pode trazer sérios prejuízos para o funcionamento
810 da economia. Demonstrando que esse não é um problema discutido apenas no
811 Brasil, citou um caso análogo, do monopsonio *Weyerhaeuser*, julgado pela
812 Suprema Corte Norte-Americana. Em relação à Tabela de Médicos, explicou que
813 o CADE fez uma modificação em sua interpretação, considerando que
814 antigamente a fórmula de análise era *ilícito per se* na qual não se aceitava
815 nenhum tipo de tabelamento e, atualmente, a compreensão do CADE é que
816 todos os médicos podem negociar tabelas sugestivas de honorários em

conjunto, desde que sejam respeitados parâmetros mínimos, como a não-coerção dos médicos contrários ao movimento paredista, a não-realização de paralizações com tempo indeterminado, o não descredenciamento em massa, o não-estabelecimento de valor mínimo, não existir posição com poder compensatório prévio à tabela, dentre outros. Acrescentou que ele mesmo participou das discussões da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), sobre a qual existiu um grande debate e houve vários casos em que o CADE se manifestou, envolvendo tanto os Conselhos Regionais de Medicina, que puniam médicos que não aderiam à greves, quanto o próprio CFM, AMB, Fenam, o que ainda está sendo discutido no âmbito judicial. Registrando que essa flexibilização em relação aos médicos se deu em razão do reconhecimento de sua hipossuficiência, alertou para uma situação peculiar de um setor que lida com vidas humanas, onde os efeitos da greve podem resultar não apenas em aumento de preço e diminuição da quantidade, mas em situações extremas em que há ocorrências de pessoas que faleceram por não terem acesso a hospitais durante a paralização. Neste sentido, reforçou o papel da CAMSS e a necessidade de diálogo com maior debate para que se consiga, mais do que diminuir preço, salvar vidas. No que tange à terceira tabela, disse que o entendimento do CADE têm sido de que não há nenhum problema na divulgação dos preços máximos da CEMED por ser uma tabela de preço teto, no entanto, ainda se está estudando o impacto de tabelas como Simpro e Brasindice, primeiro, porque há uma parte do mercado não regulado, ou seja, não se trataria de preço teto e, segundo, o uso desse tipo de tabela com o preço mínimo. Completou que essa é uma prática que ocorre no setor de saúde como um todo, um dos grandes problemas que se tem atualmente, daí a necessidade de insistir na discussão. Em seguida, passou a falar sobre a unimilitância, extensivamente analisada pelo CADE, que, em geral, tem sido perpetrada pelos planos de saúde na modalidade de cooperativa médica, que impedem ou desestimulam seus médicos cooperados de atenderem outros planos de saúde que atuam no mesmo mercado relevante. Reforçando que o CADE analisa questões de coordenação e questões verticais, e nessas são considerados os médicos que atendem apenas por meio de um plano de saúde, informou que o CADE, de 1996 a 2015, analisou 155 casos, resultando em 102 condenações, 14 arquivamentos e 39 acordos, sendo que esses acordos

851 foram feitos em especial com as Unimeds. Comentou que a atuação da ANS foi
852 muito importante, pois, além da Súmula CADE nº 7/2009 e da decisão do STJ
853 reconhecendo que a unimilitância pode ter um grande impacto concorrencial e
854 por isso não deveria ser aceita nos contratos, há a Resolução ANS nº 175/2008,
855 entendendo como nulo de pleno direito qualquer dispositivo estatutário que
856 possua cláusula de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
857 Destacou três problemas: das cláusulas específicas, consideradas pelo CADE
858 como ilícitas quando constam no Estatuto; das cláusulas gerais, a exemplo de
859 “os médicos não podem atuar contra o interesse da cooperativa”, caso em que
860 é preciso ter outros tipos de provas, como cartas ou algum tipo de depoimento
861 para mostrar que isso foi aplicado na direção de unimilitância; e da discriminação
862 salarial entre médicos que atuam com exclusividade para um plano de saúde e
863 médicos que atuam para vários planos de saúde, o que pode ser interpretado
864 como anticompetitivo. Sobre este último, acrescentou que a Unimed participou
865 de um grande acordo com o CADE no qual ficou entendido tratar-se de uma
866 questão sistêmica e isso parece ter sido pacificado. Sobre o terceiro ponto
867 estudado, tópico das cooperativas, explanou que havia três teses: uma,
868 defendida pela Ex-Presidente Farina e pelo Ex-Conselheiro Pfeiffer, de que não
869 há problema com cooperativas médicas porque os médicos podem atuar como
870 multimilitância, ou seja, anestesistas podem rivalizar contra a própria cooperativa
871 quando atuassem como autônomos; outra, a Tese do Poder Compensatório,
872 defendida pelo Ex-conselheiro Furquim, de que, se existe um grande plano de
873 saúde, seria lícito os médicos se cooperarem para negociar com esse plano de
874 saúde, mas precisaria desse poder prévio; e a terceira, uma análise dos Ex-
875 conselheiros Schuartz e Cueva, que tratavam como ato de concentração, então
876 sempre que se passasse de um de um patamar de 20% com exclusividade ou
877 30% sem exclusividade haveria necessidade de a cooperativa justificar o porquê
878 de ela ser tão grande em termos de *Market Share* de médicos. Enfatizou que
879 todas as teses citadas partiram do pressuposto de que a modalidade de
880 cooperativas não poderia ser classificada como cartel. No entanto, destacou que
881 foram identificados problemas quando, eventualmente, há mais de uma
882 cooperativa, o que caracteriza-se como multimilitância, mas há relações
883 variadas, por exemplo, todos os médicos da cooperativa A também sejam
884 médicos da cooperativa B ou a cooperativa A esteja contida em B ou é possível

885 haver entre elas grande intersecção e confluência de interesses ou ainda
886 repasse de informações estratégicas. Nesta esfera, citou várias condutas, de
887 casos como o das Coopaneests, nos quais foram verificados que havia regras de
888 não-agressão, defendidas pela Federação Brasileira das Cooperativas de
889 Anestesiologistas (Febracan) e pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia
890 (SBA), que trabalhavam não como uma sociedade apenas de cunho científico,
891 mas também no sentido comercial, ou seja, regras de não rivalidade entre as
892 cooperativas médicas, condutas entendidas como anticompetitivas como, por
893 exemplo: litígio comercial declarado por uma cooperativa regional contra um
894 tomador de serviço – operadoras, hospitais ou agentes públicos – em
895 negociação, quando este se nega a adotar os valores demandados pelas
896 cooperativas; a indução para que novos especialistas não aceitassem propostas
897 de trabalho em determinados estados, bem como dificultar a contratação de
898 serviços de anestesiologia pelo SUS por meio de concursos públicos, ao incitar
899 médicos cooperados e médicos de outras regiões a boicotar e não se inscrever
900 nos concursos; reunir, em uma mesma cooperativa, grande parte dos médicos
901 anestesiologistas, diminuindo consideravelmente o número de agentes
902 concorrentes no mercado; incentivo à prática de tabelas próprias para
903 descaracterizar a formação de cartel; dentre outras. Aduziu que esse
904 tabelamento, tanto dentro como fora da cooperativa, faz cair por terra a tese de
905 que a multimilitância é um remédio por si só e reforçou que o CADE é mais um
906 ator para discutir estas questões. Indicando que os gestores públicos também
907 podem ter alguma responsabilidade dada, por exemplo, a falta de pagamento à
908 cooperativas, deixou a indagação do que seria causa ou consequência: o poder
909 de mercado das cooperativas que deixa o estado numa situação econômica frágil
910 ou um estado com má gestão. Ressaltando que o poder de mercado das
911 cooperativas, decorrente inclusive da ausência de concorrência dada a
912 inexigibilidade e dispensa de licitações, defendeu que Cueva e Schuartz tinham
913 razão quando referiram que mais do que um problema de conduta, há um
914 problema estrutural quando se aceita cooperativas com muito poder de mercado.
915 Para encerrar a apresentação, expôs mais duas condutas, que, apesar de
916 fugirem um pouco do foco da discussão, podem ter algum tipo de efeito, casos
917 que não são veiculados na grande imprensa: a primeira, uma das maiores multas
918 determinadas pelo CADE, abarcando a *White Martins* e outras empresas que

919 vendiam gases medicinais foi anulada pelo judiciário com simples argumentação
920 de que a investigação tomou como base inicial uma denúncia anônima, apesar
921 de uma série de outras provas constantes em quase 30 processos abertos na
922 Secretaria de Direito Econômico (SDE/MF) para apurar esse tipo de prática, na
923 qual estão compreendidos bilhões de reais que são repassadas posteriormente
924 como custo dos planos de saúde para os consumidores; e a segunda decisão,
925 que merece uma reflexão da sociedade, a multa determinada pelo CADE, que
926 condenou 21 laboratórios por formação de cartel contra genéricos, anulada pelo
927 judiciário com a justificativa de que houve exagero nas conclusões. Em torno
928 disto, defendeu a ideia de que, assim como no princípio Europeu do *Opt-out*, não
929 é necessário que uma empresa declare que está praticando cartel, mas o
930 simples fato de ter ciência desta prática, não denunciar aos órgãos de defesa da
931 concorrência e aplicar, por exemplo o preço negociado, o equilíbrio do mercado
932 já estará alterado. Por fim, reiterou que o CADE é apenas mais um ator nessa
933 discussão, bem como reforçou a relevância da Câmara de Saúde Suplementar,
934 importante instância composta por pessoas que almejam o bem público e o bem-
935 estar da sociedade, e se colocou à disposição, caso alguém queira acrescentar
936 outras condutas, evidências ou conversar a respeito. O Sr. **Leandro Fonseca**
937 **da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) agradeceu ao Sr. Ricardo
938 Medeiros de Castro por ter compartilhado a visão do CADE sobre as questões
939 concorrenciais do setor de saúde suplementar e perguntou se havia algum
940 membro da CAMSS inscrito para se manifestar. Não havendo comentários,
941 passou a palavra para o Sr. Paulo Miguel, das Associações de Consumidores de
942 Planos Privados de Assistência à Saúde. O Sr. **Paulo Miguel** (Associação de
943 Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde – Procons Brasil)
944 cumprimentou a todos e, em nome da Fundação Procon São Paulo e Procons
945 Brasil, entidades que representa, requereu que fosse realizada uma reunião para
946 discussão sobre os dados dos planos de coparticipação e franquia com o objetivo
947 de dar uma publicidade mais esclarecedora e melhor transparência,
948 considerando que a questão ainda está muito confusa para o consumidor. O Sr.
949 **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS)
950 ressaltou que, conforme o Sr. Leandro Fonseca anunciou no início daquela
951 reunião, a matéria de coparticipação e franquia foi regulada a partir da
952 publicação, neste dia, da Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018,

953 que levará seis meses para entrar em vigor, prazo em que a divulgação da norma
954 será cada vez mais presente, ampla e aberta. Mencionou que diversos veículos
955 de comunicação fizeram contato para falar sobre a matéria, foram todos
956 atendidos e prestados os esclarecimentos necessários. Na mesma linha,
957 informou que a ANS vem recebendo todos os atores do setor que queiram se
958 reunir para obter maiores esclarecimentos e, assim, se colocou à disposição para
959 o agendamento da reunião requerida, como já foi feito com vários outros órgãos
960 e entidades de defesa do consumidor. Aproveitou a oportunidade para fazer um
961 registro de outra matéria, sob responsabilidade da Diretora Simone Sanches
962 Freire, que trata de como o consumidor deve ser esclarecido no momento da
963 contratação do seu plano de saúde, sobre a qual a ANS vem se atentando nos
964 últimos tempos, mas ainda não iniciou efetivamente a fase de coleta de
965 contribuições da sociedade. Destacou a importância da ANS em protagonizar
966 essa discussão, o que, certamente, será feito muito em breve e com a
967 participação de todos os Membros da CAMSS, como sempre vem sendo a tônica
968 da Agência e de forma ainda mais intensa nos últimos anos. O Sr. **Sidney Rosa**
969 **da Silva Júnior** (Entidade de Defesa do Consumidor – MPCON), primeiramente,
970 ratificou a palavra do Diretor Rodrigo Aguiar no sentido de que sempre foram
971 muito bem recebidos na ANS para debater e, apesar das divergências que
972 existem e continuarão a existir, a relação contínua tem sido muito boa. Listou
973 algumas das divergências em relação ao texto da RN nº 433/2018: a questão da
974 tabela; a questão do risco moral, pois, embora todos sejam a favor do combate
975 à utilização excessiva dos planos de saúde para que as operadoras sejam cada
976 vez mais saudáveis economicamente, o foco da Resolução tem que ser o
977 combate ao risco moral; a questão dos procedimentos isentos, nos quais as
978 operadoras poderão se valer de mecanismos de regulação assistencial; a
979 utilização da coparticipação em internação, que talvez não esteja tanto alinhada.
980 Quanto à falta de informação ao consumidor, causa de grande parte da
981 litigiosidade na área de saúde suplementar, indicou dois pontos fundamentais.
982 Primeiro, solicitou à Agência uma reflexão quanto a realmente utilizar o período
983 de início da vigência da Resolução como um teste com o compromisso de que,
984 se os objetivos não forem alcançados, o caso seja novamente estudado e a
985 Resolução aprimorada. Como segundo ponto, propôs a todos os presentes
986 também uma reflexão para que haja um aperfeiçoamento na forma de divulgação

987 dessa nova regulação de coparticipação e franquia, principalmente uma atenção
988 especial das operadoras no contato com os corretores e apresentação do
989 contrato ao consumidor, informando que tipo de plano ele está adquirindo para
990 que, posteriormente, ele não se dirija aos órgãos de defesa do consumidor
991 reclamando, por exemplo, de uma coparticipação que ele efetivamente
992 contratou, mas que não soube no início da contratação. Propôs ainda a criação
993 de um Grupo de Trabalho (GT), que já vem sendo conversado com a ANS, para
994 tratar da questão da publicidade na saúde suplementar como um todo, não com
995 a intenção de criar custos ou limitações, mas com o propósito de estabelecer
996 uma normatização de publicidade mínima, ou seja, definir que tipo de informação
997 é essencial para o consumidor na divulgação de um plano de saúde, que o
998 permita fazer comparações, inclusive para que haja competitividade no setor e
999 também evitando problemas de judicialização. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de**
1000 **Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) consentiu que o Sr. Sidney
1001 Rosa da Silva Junior (MPCON) e a Sra. Patrícia Cardoso (Nudecon) têm sido
1002 grandes parceiros e que essa Resolução demonstra que conseguiu-se chegar a
1003 vários consensos, embora alguns pontos, num primeiro momento, tenham sido
1004 intransponíveis. Confirmou que a ANS, observando as boas práticas regulatórias
1005 e os melhores manuais de impacto regulatório, vai efetivamente fazer o
1006 monitoramento da aplicação da coparticipação e franquia no mercado, para o
1007 que já foi traçado um plano a ser executado no máximo em dois anos. Firmou o
1008 compromisso de que, caso seja identificado qualquer tipo de desequilíbrio,
1009 ofensa ou excesso, em prazo inferior, será feita uma nova rodada de conversas
1010 e uma proposta de revisão do normativo. Constatou que os pontos de
1011 divergência, como a questão do percentual, do oferecimento por meio de tabela,
1012 da oferta dos procedimentos isentos, a partir de mecanismos assistenciais de
1013 regulação, são novidade em termos de regulação da ANS e foram feitos de forma
1014 organizada dentro de uma lógica regulatória e, com isso, registrou que, mesmo
1015 antes do alcance regulatório, num cenário de oferta de produtos de
1016 coparticipação e franquia mais livre, não há na ANS grandes reclamações acerca
1017 da matéria, nem pelos seus canais nem pelo recebimento de grandes relatos por
1018 outros canais quer seja do judiciário, ou da própria imprensa. Disse que, por esse
1019 motivo, não havia razões nem justificativas de fazer uma norma mais severa do
1020 que a que se apresenta, muito embora ela seja sim bastante rigorosa e contenha

1021 uma série de camadas de limitações que não havia na regulação anterior.
1022 Ressaltou que, assim como em outras matérias, a exemplo da atenção primária
1023 à saúde, a proposta de coparticipação e franquia foi feita com base em estudos
1024 incessantes, utilizando-se parâmetros internacionais, com um arcabouço
1025 documental enorme, num processo com mais de 500 páginas de estudos e
1026 contribuições, que foi acatada pela Diretoria Colegiada, obviamente, com alguns
1027 ajustes importantes, mas cujo formato principal foi mantido. Acerca do GT para
1028 discutir a publicidade, afirmou estar alinhado com a intenção da Agência,
1029 entretanto, ponderou que, a partir do dia 07 de julho a ANS, por conta do período
1030 eleitoral, sofrerá impedimentos legais de publicidade que, certamente,
1031 comprometerão bastante a capacidade de disseminação de informações,
1032 especialmente quanto a essa norma de coparticipação e franquia, então a
1033 contribuição e colaboração de todos, principalmente das entidades
1034 representativas das operadoras será fundamental. O Sr. **Carlos Alfredo Lobo**
1035 **Jasmin** (Associação Médica Brasileira – AMB) disse que a AMB também
1036 gostaria de se manifestar sobre a questão de coparticipação, colocando a
1037 preocupação de que a maioria das operadoras têm uma relação comercial
1038 diferente com cada prestador de serviço, o que significa dizer que uma única
1039 operadora pratica valores de mercado distintos com vários prestadores de
1040 serviço. Nesse contexto, exemplificou: na hipótese de um beneficiário em cujo
1041 plano contratado o valor de uma ressonância é de R\$ 800,00 a uma
1042 coparticipação de 40%, mas a operadora paga R\$ 600,00 para determinado
1043 prestador, o valor pago pelo beneficiário será mais da metade do preço que a
1044 operadora efetivamente gastou. Dessa forma, questionou como será o
1045 monitoramento para controle do percentual de coparticipação, alertando que a
1046 coparticipação é extremamente difícil de ser monitorada sem que haja um preço
1047 único estabelecido no mercado. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor
1048 de Desenvolvimento Setorial da ANS) afirmou que aquela colocação era muito
1049 pertinente porque demonstrava a dificuldade de compreensão da norma dada a
1050 complexidade da matéria, que exige ampla divulgação. Então, evidenciou que o
1051 primeiro artigo da Resolução esclarece de forma muito objetiva que a
1052 coparticipação incidirá sobre o valor efetivamente pago pela operadora ao
1053 prestador de serviço. Explicou que não se trata de uma tabela apartada, além de
1054 ter que, necessariamente, ser disponibilizada pela operadora na área restrita do

1055 site para o beneficiário ou informada quando este recorrer a central de
1056 atendimento da operadora, a tabela também circulará pelo padrão TISS
1057 permitindo que a ANS tenha total conhecimento dos valores praticados. Assim,
1058 acrescentou que, caso o beneficiário entenda qualquer tipo de excesso ou
1059 equívoco na cobrança e não consiga resolver junto à operadora, ele apresenta
1060 a reclamação à ANS, que terá total condições de verificar se houve irregularidade
1061 naquela cobrança e atuará por meio de sua força fiscalizatória, aplicando as
1062 penalidades naquelas operadoras que efetivamente tenham incorrido em
1063 práticas infrativas. Sobre os valores distintos, assegurou que uma das premissas
1064 do mercado de saúde suplementar é que o beneficiário tenha liberdade de
1065 escolha entre os prestadores disponíveis e essa prerrogativa não pode ser
1066 mitigada pela aplicação de mecanismos financeiros de regulação, de
1067 coparticipação e franquias. Lembrando que, antes da norma, não havia limites
1068 definidos e que mais de 50% dos beneficiários da saúde suplementar já têm
1069 coparticipação e franquias nos seus contratos e, ainda assim, não há grandes
1070 problemas acerca da matéria, reiterou que a ANS não está criando nada novo
1071 no setor de saúde suplementar, está apenas atualizando suas regras para torna-
1072 las mais claras. O Sr. **Carlos Alfredo Lobo Jasmin** (Associação Médica
1073 Brasileira – AMB) reforçou que, se essa questão dos preços relativos à
1074 coparticipação não for divulgada de forma muito clara, haverá uma parcela da
1075 população que será ludibriada. Afirmou que, como prestadores de serviços,
1076 lidam sim com muitas situações em que beneficiários se mostram revoltados
1077 alegando não terem sido informados sobre a coparticipação do seu plano de
1078 saúde, o que mais uma vez demonstra que o grande problema está na falta de
1079 comunicação e alertou que, além disso, há que se levar em conta que o nível de
1080 esclarecimento de grande parte dessa população está abaixo do desejável. A
1081 Sra. **Patrícia Cardoso Maciel Tavares** (Entidade de Defesa do Consumidor -
1082 NUDECON) ratificou todas as colocações do Sr. Sidney do MPCON, com quem
1083 já trabalhou muito e, inclusive, as contribuições para a Resolução foram enviadas
1084 conjuntamente para a Agência e, neste sentido, agradeceu pela incorporação da
1085 sugestão de coparticipação positiva, que praticamente saiu com a redação
1086 sugerida no artigo 12, que trará muitos benefícios. Observou que, de um modo
1087 em geral, entende a Resolução como muito positiva considerando que hoje há
1088 falta de limitação, disposição financeira, regras muito abertas e crescente oferta

1089 de planos de contratação da forma como está, motivo pelo qual havia, realmente,
1090 a necessidade de uma norma mais fechada e objetiva. Fez coro com os
1091 representantes da AMB, do Procon e MPCON quanto à questão do vício de
1092 informação ao consumidor, que gera 99% dos problemas, e insistiu ser
1093 fundamental uma divulgação bastante precisa e simples, especialmente ao
1094 consumidor leigo mais humilde. Dessa forma, aprovou a ideia do GT de
1095 informação não apenas para publicização dessa nova norma, mas também para
1096 todos os produtos comercializados e demais providências que as empresas têm
1097 que tomar relativas aos consumidores, conforme o Código de Defesa de
1098 Consumidor, que prevê a informação prestada e compreendida pelo consumidor.
1099 Lamentou alguns pleitos que não foram atendidos, como a *ratio* da norma, que
1100 identificaria logo no primeiro artigo o porquê de sua existência. Pediu dois
1101 esclarecimentos ao Sr. Rodrigo Aguiar: quanto ao artigo 4º, *"para conceder a*
1102 *isenção a que se refere o art. 3º, as operadoras poderão se valer de mecanismos*
1103 *de regulação assistencial para gerenciar a demanda por serviços..."*, se isso
1104 pode ser interpretado como direcionamento de rede; e sobre como será feita a
1105 via da cobrança. Por fim, exaltou que o melhor da norma foi a limitação de
1106 disposição financeira. O Sr. **Rodrigo Rodrigues de Aguiar** (Diretor de
1107 Desenvolvimento Setorial da ANS) disse que falaria sobre os oito pontos
1108 contemplados nas últimas falas. Primeiro, acerca da informação e comunicação,
1109 reiterou que a ANS está absolutamente alinhada de que essa é uma necessidade
1110 premente, inclusive com a criação do GT, que já está sendo cogitada há bastante
1111 tempo, para justamente fazer uma ampla avaliação da regulação da ANS e
1112 identificar em toda ela quais são aquelas informações imprescindíveis ao
1113 consumidor, que devem ser prestadas em qualquer tempo, mas especialmente
1114 no momento da contratação. Reafirmou o compromisso de que isso será muito
1115 bem trabalhado, tanto com a participação de todos os representantes da
1116 CAMSS, quanto de outros Comitês e Comissões da ANS, com a maior brevidade
1117 possível, porém, justificou que não poderia ser firmado um prazo naquele
1118 momento devido ao número reduzido da Diretoria da ANS, inclusive com o breve
1119 fim de mandato da Sra. Karla Santa Cruz Coelho, que, certamente,
1120 comprometerá um pouco a celeridade usualmente aplicada para tocar todos os
1121 projetos simultaneamente. Informou que está sendo elaborado um FAC,
1122 documento de perguntas e respostas, para tentar esclarecer, numa linguagem

1123 mais coloquial, as complexidades dessa norma, com a previsão de divulgação
1124 em uma semana a partir daquela data, ainda que, depois, caso necessário, seja
1125 complementado e para o qual também se espera a contribuição de todos.
1126 Discordou com a menção de que o consumidor vai ser ludibriado a partir da
1127 implementação dessa norma de coparticipação e franquia, vez que não houve
1128 qualquer tipo de alteração quanto à possibilidade de aplicação de mecanismos
1129 financeiros de regulação, pois isso já vinha sendo aplicado em larga escala, e,
1130 agora, o consumidor terá muito mais instrumentos de comparação e de
1131 confirmação se aquela cobrança é devida ou não. Disse que é preciso tomar
1132 cuidado com esse tipo de afirmação considerando que os dados demonstram
1133 poucas reclamações num universo de quase 50 milhões de beneficiários,
1134 conforme já mencionado. No que tange ao esclarecimento solicitado de como se
1135 dará a cobrança de coparticipação e franquia, explanou que, até pela natureza
1136 da operação de planos de saúde, a intermediação financeira sempre será feita
1137 pela operadora, o consumidor não fará pagamento ao prestador, por dois
1138 motivos: primeiro, para que aquela operadora tenha conhecimento do
1139 procedimento que foi realizado, disponibilize essa informação ao consumidor e,
1140 a partir daí, faça a cobrança; segundo, para que a ANS tenha a confirmação de
1141 que só foram pagos valores devidos, ponto fundamental bem ressaltado na
1142 norma e muito discutido em reunião da Diretoria Colegiada da Agência.
1143 Esclareceu que a cobrança de coparticipação será feita a partir do momento que
1144 a operadora tomar conhecimento da realização do procedimento, o que ocorre
1145 de 60 a 90 dias após a realização, prazo médio já reconhecido no setor de saúde
1146 suplementar, então, o consumidor terá que aguardar um prazo para saber o valor
1147 que pagará. No entanto, considerando que agora existe o limite de disposição
1148 financeira mensal, se muitos procedimentos forem concentrados num mesmo
1149 mês, isso não poderá impactar na disponibilidade de pagamento do beneficiário,
1150 o limite mensal tem que ser observado, mas poderá ser cobrado nos meses
1151 subsequentes até o atingimento do limite de disposição financeira anual a partir
1152 de quando o beneficiário não paga mais nada e a operadora tem que assumir
1153 todo o custo do procedimento. No que concerne ao art. 12 da RN, compartilhou
1154 com a satisfação da representante do Nudecon, manifestando ser um grande
1155 incentivador desse tipo de fomento, que possibilita a concessão de desconto,
1156 bônus ou qualquer outro benefício ao consumidor, mantendo-se as boas práticas

1157 de saúde, inclusive a ideia é engajar o consumidor nos programas de prevenção,
1158 promoção e atenção à saúde. Frisou que, de forma alguma, isso significa
1159 desestimular a utilização do plano de saúde, conduta que será punida caso
1160 praticada. Por fim, quanto aos mecanismos de regulação assistencial, assinalou
1161 que, conforme visto nas apresentações sobre os Projetos Parto Adequado e de
1162 Atenção Primária à Saúde, a ANS vem num movimento de orientar e coordenar
1163 as ações no setor de saúde suplementar, especialmente para que o beneficiário
1164 tenha orientações de como proceder, de onde obter um melhor e mais célere
1165 atendimento. Elucidou que, dado a esse movimento, a ANS optou por permitir
1166 que essa orientação seja feita pelas operadoras, justamente porque vem
1167 tentando ampliar a conscientização de que as operadoras não são apenas
1168 intermediadoras financeiras, como historicamente se colocaram, mas têm a
1169 função de atuar como gestores na saúde dos beneficiários, se importando com
1170 as melhores condições de saúde. Afirmou que essa é mais uma das ações que
1171 visam induzir esse tipo de prática para que, no final das contas, essas práticas
1172 contribuam para uma saúde suplementar mais organizada e coordenada, com
1173 melhor alocação de recursos, o que significa, necessariamente, menos pressão
1174 aos custos assistenciais e menor reajuste nos anos subsequentes. O Sr.
1175 **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-Presidente Substituto da ANS) fez o registro
1176 de que, em que pese a RN nº 433/2018 - coparticipação e franquia - não constar
1177 como item de pauta da 95ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, aquela
1178 Mesa entendeu que, pela quantidade de questões levantadas e pela novidade
1179 da norma publicada, a matéria merecia esse debate construtivo e oportuno, até
1180 para que o próprio diretor da área pudesse prestar os esclarecimentos, então o
1181 tema foi incluído como item de considerações finais dos membros da CAMSS.
1182 Passou à palavra ao Senhor Egberto Miranda Silva Neto, das Cooperativas de
1183 Serviços Odontológicos, que também se inscreveu para falar sobre o assunto. O
1184 Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos -
1185 Uniodonto), em relação ao FAC, considerou importantíssimo que haja esse
1186 esclarecimento item a item dos dispositivos e, chamando a atenção para a
1187 questão da possibilidade de concessão de desconto, colocada como um
1188 incentivo às boas práticas e não apenas à utilização consciente, disse entender
1189 que esse dispositivo do art. 12 não se trata de um mecanismo de regulação
1190 financeira, mas um fato isolado e mais amplo que foi considerado na norma.

1191 Todavia, manifestou que a odontologia tem interesse em poder conceder
1192 desconto à medida em que o beneficiário que participa de um programa de
1193 prevenção, por exemplo, compareça ao dentista de seis em seis meses na
1194 prevenção. Neste sentido, comentando que foram editadas duas normas para
1195 medicina, argumentou que, hoje, a odontologia não encontra, no arcabouço
1196 regulatório, segurança para a prática desse tipo de incentivo e, portanto,
1197 questionou se, de fato, está ampliada essa possibilidade de desconto ao
1198 beneficiário que faz a prevenção, se pode ser considerada por meio de perguntas
1199 e respostas ou se há necessidade de outra norma específica. O Sr. **Rodrigo**
1200 **Rodrigues de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS) respondeu
1201 que se trata sim de um mecanismo financeiro de regulação, porque o estímulo
1202 será sempre financeiro, porém com outro viés de incentivo às boas práticas e
1203 não de desincentivo às más práticas. Explicou que a Súmula Normativa nº
1204 7/2005, editada pela Diretoria Colegiada, que vedava essa prática, foi revogada
1205 e houve a inclusão desse novo dispositivo de mecanismos de regulação na
1206 norma, de forma bastante livre, num primeiro momento, dada a ausência de
1207 dados a serem tomados como base, até porque, se a possibilidade de desconto
1208 era vedada, ninguém praticava e, se ninguém praticava, não há como antecipar
1209 as boas práticas que podem ser implementadas. Esclareceu ainda que, a própria
1210 revogação da Súmula, automaticamente, permite esse tipo de prática e que o
1211 dispositivo do artigo 12 será um orientador sobre como praticar e, assim,
1212 conceituou como um bom exemplo o caso citado, considerando que, se existe
1213 uma recomendação de que o beneficiário compareça de seis em seis meses
1214 para prevenção, ele possa ganhar um desconto em sua mensalidade, mas frisou
1215 que o contrário não pode ocorrer, ou seja, ele não pode ganhar desconto por não
1216 ter comparecido à consultas. A Sra. **Teresa Gutierrez** (Associação Nacional de
1217 Hospitais Privados – ANAHP) disse ter compreendido que a Uniodonto não
1218 estava se referindo a desconto pelo não uso, conforme vedado pela Súmula nº
1219 7/2005, e sim a oferecer para o beneficiário um desconto pela adesão a uma boa
1220 prática, o que entende como dois fatores diferentes. O Sr. **Rodrigo Rodrigues**
1221 **de Aguiar** (Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS), respondendo que não
1222 se trata de assuntos diferentes, esclareceu que a Súmula foi revogada no mesmo
1223 movimento de edição da RN nº 433/2018 e que ela não vedava apenas a
1224 concessão do desconto pelo não uso, mas a concessão do desconto por

1225 qualquer natureza, então o dispositivo sugerido pela defensoria foi incluído
1226 justamente para deixar mais claro o objetivo da previsão de concessão de
1227 desconto pelas boas práticas, vetando, obviamente, qualquer desconto pelo não
1228 uso, o que continua mantido. O Sr. **Leandro Fonseca da Silva** (Diretor-
1229 Presidente Substituto da ANS) fez um último informe, solicitando aos membros
1230 da CAMSS que reservassem a data de 27 a 29 de novembro de 2018, quando a
1231 ANS realizará o Seminário Internacional Diálogos Regulatórios em Saúde
1232 Suplementar, neste ano em que se comemoram os 20 anos da Lei dos Planos
1233 de Saúde e os 18 anos de criação da ANS, que tem por objetivo promover o
1234 debate sobre política regulatória e saúde suplementar. Explicou que a ideia era
1235 fazer o Seminário antes, porém, por conta de restrições do período eleitoral, só
1236 poderá ser realizado após as eleições. E, assim, não tendo mais assuntos a
1237 serem debatidos, encerrou a reunião agradecendo pela participação de todos os
1238 membros da CAMSS e à organização do evento.

1239

1240 Agência Nacional de Saúde Suplementar

1241

1242 Ministério da Saúde

1243

1244 Ministério da Fazenda

1245

1246 Ministério do Trabalho e Emprego

1247

1248 Ministério da Justiça

1249

1250 Ministério Público Federal

1251

- 1252
- 1253 Conselho Nacional de Saúde
- 1254
- 1255 Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- 1256
- 1257 Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
- 1258
- 1259 Conselho Federal de Medicina
- 1260
- 1261 Conselho Federal de Odontologia
- 1262
- 1263 Conselho Federal de Enfermagem
- 1264
- 1265 Federação Brasileira de Hospitais
- 1266
- 1267 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
- 1268
- 1269 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
1270 Filantrópicas
- 1271
- 1272 Confederação Nacional da Indústria
- 1273
- 1274 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo

1275

1276 Central Única dos Trabalhadores

1277

1278 Força Sindical

1279

1280 União Geral dos Trabalhadores

1281

1282 Federação Nacional de Saúde Suplementar

1283

1284 Associação Médica Brasileira

1285

1286 Associação Nacional de Hospitais Privados

1287

1288 Entidade representativa do segmento de autogestão de assistência à saúde
1289 (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde)

1290

1291 Entidade representativa do segmento de medicina de grupo (Sindicato Nacional
1292 das Empresas de Medicina de Grupo)

1293

1294 Entidade representativa do segmento de cooperativas de serviços médicos que
1295 atuam na saúde suplementar (Confederação Nacional das Cooperativas
1296 Médicas)

1297

1298

1299

1300 Entidade representativa do segmento de odontologia de grupo (Sindicato
1301 Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo)

1302

1303 Entidade representativa do segmento de cooperativas de serviços odontológicos
1304 que atuem na área de saúde suplementar (Central Nacional de Cooperativas
1305 Odontológicas)

1306

1307 Entidade representativa do segmento de administradoras de benefícios
1308 (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios)

1309

1310 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Núcleo de
1311 Defesa do Consumidor da Defensoria Pública)

1312

1313 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Associação
1314 Nacional do Ministério Público do Consumidor)

1315

1316 Entidade representativa do segmento de associações de consumidores de
1317 planos privados de assistência à saúde (Associação Brasileira de Procons)

1318

1319 Entidade representativa do segmento de associações de consumidores de
1320 planos privados de assistência à saúde (Instituto Brasileiro de Defesa do
1321 Consumidor)

1322

1323 Entidade representativa do segmento de portadores de deficiência (Conselho
1324 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Associação Brasileira de
1325 Autismo)

1326

1327 Entidade representativa do segmento de portadores de deficiência (Conselho
1328 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Associação dos Familiares,
1329 Amigos e Portadores de Doenças Graves)

1330

1331 Entidade representativa do segmento de portadores de deficiência (Conselho
1332 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência /Federação Brasileira das
1333 Associações de Síndrome de Down)

1334

1335 Entidade representativa do segmento de portadores de deficiência (Conselho
1336 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência /Associação Brasileira de
1337 Rugby em Cadeira de Rodas)

1338

1339 Entidade representativa do segmento de portadores de patologias especiais
1340 (Articulação Nacional de Luta contra a Aids)

1341

1342 Entidade representativa do segmento de portadores de patologias especiais
1343 (Aliança Independente dos Grupos de Apoio)

1344

1345 Entidade representativa do segmento de portadores de patologias especiais
1346 (Associação Brasileira de Talassemia)

1347

1348 Entidade representativa do segmento de portadores de patologias especiais
1349 (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase)