

**ATA DA TRIGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA DE  
SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS**

**ABERTURA** – Às quinze horas do dia três de maio do ano de dois mil e cinco, no Auditório do Hotel Grand Bittar, situado no Setor Hoteleiro Sul, Quadra 5, Bloco A, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Trigésima Oitava Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **Gilson Coleman**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **José Leôncio Feitosa**, Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras (DIOPE/ANS); Dr. **José Carlos Moraes**, do Ministério da Saúde (MS); Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do Conselho Federal de Medicina (CFM); Dr. **José Mário Moraes Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr. **Ernestino Vilela Farias**, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Dr. **Eduardo de Oliveira**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão** e Dr. **José Francisco Schiavon**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **José Martins Lecheta** e Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Dr. **Vitor Gomes Pinto**, da Confederação Nacional da Indústria (CNI); Dr. **José Erivaldo Guimarães de Oliveira**, da Central Única dos Trabalhadores (CUT); Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical; Dra. **Regina Helena Arroio Nicoletti**, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Dr. **Márcio Serôa A. Coriolano** e Dr. **Marco**

33 **Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros  
34 Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr. **Samir Dahas Bittar**, da  
35 Associação Médica Brasileira (AMB); Dr. **José Antônio Diniz De Oliveira**, da  
36 UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de**  
37 **Almeida** e Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINAMGE, pelas Empresas de  
38 Medicina de Grupo; Dr. **Celso Corrêa de Barros** e Dr. **José Cláudio Ribeiro**  
39 **Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde  
40 Suplementar; Dr. **Carlos Roberto Squillaci** e Dr. **Randal Luiz Zanetti**, do  
41 SINOG, pelas Empresas de Odontologia de Grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel**  
42 **Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela  
43 Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dr. **Sérgio Augusto Werneck de**  
44 **Almeida**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SP; Dra. **Maria Inês Dolci**, da  
45 PRO TESTE, pelas Associações de Consumidores de Planos Privados de  
46 Assistência à Saúde; Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, pela  
47 Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde; Dr.  
48 **Luiz Francisco Belém Costa**, da FARBRA, pelas Entidades de Portadores de  
49 Deficiência e de Patologia Especiais; Dra. **Vera Lúcia de Vita**, da AFB, pelas  
50 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologia Especiais; Dr. **Orestes**  
51 **Mazzariol Júnior**, da União das Empresas Médicas (UEME); e Dr. **Lúcio**  
52 **Rogério Gomes dos Santos**, do Fórum dos Conselhos Federais da Área de  
53 Saúde (FCFAS). Dr. **Fausto dos Santos** procedeu à abertura dos trabalhos,  
54 cumprimentando os integrantes da Câmara de Saúde Suplementar e demais  
55 presentes e informando que a reunião seria voltada, em especial, à  
56 apresentação e apreciação dos resultados da primeira etapa do Programa de  
57 Qualificação da Saúde Suplementar. Em seguida, comunicou que houvera  
58 mudança na representação da FENASEG na Câmara, tendo assumido como  
59 novo representante da Federação, na qualidade de suplente, o Dr. **Marco**  
60 **Antônio Antunes da Silva**. Na seqüência, colocou em apreciação a ata da 37<sup>a</sup>  
61 Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, informando que haviam  
62 sido incorporadas as contribuições apresentadas pelo Dr. **Adriano Mattheis**  
63 **Londres**, da CNC; Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO; Dr.  
64 **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG; Dr. **Adriano Londres**, da CNC; e Dr.

65 **Samir Bittar**, da AMB. **Não havendo destaques, a ata foi aprovada por**  
66 **unanimidade.** Definido esse ponto, passou ao item 1 da pauta. **ITEM 1 – O**  
67 **SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANÁLISE E VIABILIDADE – Dr.**  
68 **Fausto dos Santos** convidou o Dr. **Alfredo Cardoso**, Diretor da DIOPE/ANS,  
69 para apresentação de informe sobre a viabilidade do Sistema de Saúde  
70 Suplementar, na perspectiva de esclarecer as informações divulgadas de forma  
71 equivocada pela imprensa sobre os fundos de recebíveis. Dr. **Alfredo**  
72 **Cardoso**, da DIOPE/ANS, inicialmente, explicou que a Agência adaptou a idéia  
73 existente de securitização, utilizada em vários setores da economia, para o  
74 setor de saúde suplementar e essa iniciativa havia sido divulgada pela  
75 imprensa de forma distorcida. A princípio, apresentou histórico sobre o Setor  
76 de Saúde Suplementar e o panorama do mercado, a fim de subsidiar a análise  
77 da proposta de criação de Fundo de Investimento em Direitos Creditórios  
78 (FIDC) destinado às operadoras de planos de saúde que passavam por  
79 dificuldades econômico-financeiras. Explicou que o Setor surgiu em 1960 e, no  
80 período de 1987 a 1994, apresentou um crescimento de 70%, passando de  
81 cerca de 24 milhões de beneficiários a 40 milhões (números não auditados).  
82 Ressaltou que esse crescimento causou mudança expressiva no cenário do  
83 setor com reflexo direto na situação econômica das operadoras. Acrescentou  
84 que o setor crescia a despeito de qualquer subsídio público, já que o último que  
85 recebera datava de 1984. Prosseguindo, falou sobre o conceito do  
86 financiamento do sistema, que segue a lógica do mutualismo de solidariedade:  
87 muitos beneficiários com pouca utilização pagam por aqueles com muita  
88 utilização. Destacou que, havendo um desequilíbrio nessa relação, todo o  
89 sistema era comprometido. Ressaltou que os beneficiários, tanto os que  
90 utilizam pouco quanto os que utilizam muito os serviços, geravam uma receita  
91 que incidia sobre operadoras de plano de saúde que tinham despesas elevadas  
92 e despesas baixas. Assim, a diferença de pagamento e de recebimento da  
93 operadora poderia gerar lucro ou prejuízo para a mesma. Explicou que todas  
94 as mudanças no cenário do setor tiveram impacto nessa lógica de  
95 financiamento, resultando em um crescimento de apenas 5%, em cinco anos,  
96 que era insuficiente para a manutenção dessa lógica. Disse que ao retirar a

97 modalidade odontológica o crescimento era menor ainda. Prosseguindo, falou  
98 sobre a participação do mercado no faturamento, explicando que era similar à  
99 participação em beneficiários, com exceção do segmento das seguradoras que  
100 possuía cerca de 12,2% do mercado em termos de beneficiário e respondia por  
101 27% do montante que entrava nesse mercado. Nessa linha, abordou a questão  
102 da liquidez, que seguia a seguinte lógica: para cada R\$ 1,00 de despesa era  
103 preciso ter R\$ 1,00 de caixa para pagá-la. Destacou, nesse ponto, que as  
104 modalidades de medicina de grupo e as filantrópicas possuíam menos de R\$  
105 1,00 e as cooperativas encontravam-se no limite desse patamar. Ressaltou  
106 também que as autogestões e as seguradoras vinham tendo quedas bastante  
107 acentuadas em termos de liquidez. Enfatizou que todos os segmentos do setor,  
108 com exceção das não patrocinadas, apresentavam índices de liquidez  
109 preocupantes, o que tinha reflexo em toda a cadeia produtiva. Sobre o lucro  
110 líquido em relação aos ativos em caixa, disse que a situação também era  
111 preocupante. O segmento das seguradoras, por exemplo, que possuía a melhor  
112 liquidez e movimentava o maior lucro e maior quantidade de dinheiro, tanto  
113 em recebimento quanto em pagamento, tinha prejuízos. As cooperativas e  
114 medicinas de grupo apresentavam rendimentos muito parecidos. Continuando,  
115 falou sobre o índice de despesa assistencial (sinistralidade) por modalidade.  
116 Explicou que os dois segmentos que tiveram queda de liquidez e prejuízo - as  
117 autopatrocinadas e as especializadas em saúde - apresentaram aumento de  
118 sinistralidade. Já a cooperativa e a medicina de grupo, de certa forma,  
119 conseguiram manter os índices estabilizados. Esclareceu que a maior parte dos  
120 índices de sinistralidade estava além do que as notas técnicas atuariais  
121 recomendavam. Além disso, tratou sobre o índice de despesa administrativa  
122 que demonstra, em tese, o custo para o funcionamento do sistema e a  
123 eficiência da gestão. Destacou que os segmentos, dentre eles as seguradoras,  
124 estavam com índice de despesa muito baixo e mesmo aqueles que  
125 conseguiram manter os índices apresentavam tendência de queda. Explicou  
126 que, ao dividir as despesas pelas receitas, obtinha-se o índice combinado, que,  
127 em tese, mostrava a eficiência de gestão. Acrescentou que esse índice tinha  
128 que estar abaixo de um e, nessa situação, encontravam-se o segmento da

129 medicina de grupo e o exclusivamente odontológico. A cooperativa médica  
130 estava na linha limítrofe e os demais segmentos absolutamente acima de um.  
131 Continuando, falou sobre o índice combinado ampliado, destacando que a  
132 seguradora especializada apresentava melhor avaliação em relação aos demais  
133 segmentos, que não apresentavam maiores mudanças, até porque a qualidade  
134 dos créditos fornecidos a esse segmento era ruim. Também tratou sobre o  
135 índice de despesa comercial, destacando que a situação agravava-se no índice  
136 combinado quanto menor a operadora. Ressaltou que esses índices apontavam  
137 tendências para a saúde suplementar, sendo elas: concentração do mercado;  
138 maior rivalidade na disputa por mercados; foco no plano coletivo; aquecimento  
139 da demanda por planos coletivos; e crescimento do mercado de odontologia.  
140 Explicou que essa concentração do mercado trazia preocupações com o  
141 movimento de fusões e aquisições, transferência de carteiras e apontava a  
142 necessidade de definir mecanismos para a defesa da concorrência. Também  
143 chamou a atenção para a diminuição do número de operadoras, destacando  
144 que, em 2003, havia 2.380 operadoras atuando e, atualmente, 2.125. Em  
145 relação aos planos de saúde, disse que a tendência era o aumento dos  
146 coletivos e a diminuição dos individuais. Diante desse cenário, explicou que a  
147 Agência apresentou proposta visando aumentar a liquidez do setor, por meio  
148 de fundo de recebíveis, com a criação de linhas de crédito para reorganizar o  
149 setor, bem como garantir maior controle econômico-financeiro, com ações cada  
150 vez mais profiláticas e diminuição dos prazos para resolução dos estados de  
151 exceção. Explicou que o Fundo de Securitização de Recebíveis estabeleceria a  
152 disponibilização de dinheiro do próprio setor, por meio da antecipação de  
153 direitos creditórios, possibilitando o aumento da liquidez das operadoras  
154 interessadas em curto prazo. Disse que isso, de certa forma, já era praticado,  
155 pois as operadoras, quando precisavam de dinheiro, em curto prazo, recorriam  
156 ao banco para fazer um empréstimo e ofereciam como garantia os seus  
157 recebíveis. Assim, recebiam o dinheiro antecipado e pagavam uma taxa de  
158 juros normalmente elevada, porque os bancos entendiam que essa operação  
159 apresentava risco elevado. Prosseguindo, apresentou conceitos básicos, na  
160 perspectiva de possibilitar a compreensão da proposta. Explicou que *securities*

161 era uma palavra inglesa que se refere a valores mobiliários e títulos de crédito  
162 e significava converter direitos creditórios em lastro para emissão de títulos ou  
163 valores mobiliários. Entende-se por direitos creditórios empréstimos,  
164 financiamentos, operações de arrendamento mercantil, duplicatas, faturas de  
165 cartão de crédito, anuidades escolares, empréstimos estudantis, mensalidades  
166 de planos de saúde etc. Esclareceu que nesse processo os direitos creditórios  
167 de uma empresa (chamada originador) eram selecionados e estruturados na  
168 forma de títulos financeiros negociáveis para venda a investidores. Explicou  
169 que, no Brasil, a securitização começou a tomar impulso a partir da Resolução  
170 do Banco Central nº 2.907, de novembro de 2001 e tratava-se de um  
171 instrumento recém-regulamentado no país. Destacou que os elementos-chave  
172 da securitização eram: a venda efetiva dos direitos creditórios; os direitos  
173 creditórios e o fluxo de caixa; qualquer fluxo de caixa atual ou futuro pode ser  
174 securitizado; e a avaliação e precificação dos direitos creditórios, isolando-os  
175 dos demais ativos da empresa (*rating* da carteira). Para esse processo, disse  
176 ser necessário: instituir uma rede para avaliar o risco da operação; dispor de  
177 um auditor independente para analisar as demonstrações financeiras anuais  
178 auditadas; dispor de um advogado para elaborar o contrato; e elaborar o  
179 regulamento do fundo, que deverá conter critérios de elegibilidade dos direitos  
180 creditórios para colocação no Fundo e a metodologia de avaliação dos ativos.  
181 Dentre os benefícios financeiros da proposta, destacou a conferência de  
182 liquidez aos ativos do balanço; a diversificação das fontes de captação de  
183 recursos; o financiamento *off-balance* (não afeta limites de crédito); a  
184 diminuição do custo da estrutura de capitais; e a não incidência de impostos  
185 como IRRF na fonte, CPMF, PIS/COFINS e IOF. Prosseguindo, detalhou o  
186 diagrama esquemático da proposta: a operadora tem contas a receber  
187 futuramente e vende o seu fluxo de caixa projetado, seu recebimento e sua  
188 carteira, com uma taxa de desconto, para o fundo de recebíveis que o  
189 transforma em cotas do Fundo de Investimentos em Direitos Creditórios  
190 (FIDC). Essas cotas são vendidas para o investidor, que paga em dinheiro e,  
191 em um movimento rotatório, transfere o recurso para o caixa da operadora.  
192 Ressaltou que esse processo poderia ser feito no âmbito do próprio sistema,

considerando as operadoras com contas a receber, que têm endividamento oneroso e as que têm dinheiro em caixa e precisa fazer provisões. Disse que o pool (operadoras que vendem) era essencial, pois possibilitaria a mitigação dos riscos, a diluição dos custos fixos e a negociação de melhores taxas. Além disso, enfatizou que esse processo traria outros benefícios como redução do custo do endividamento; diminuição do custo de cobrança bancária por boleto; aumento da liquidez das operadoras (melhoria da gestão do capital de giro); capitalização do sistema (efeito sistêmico no mercado alcançando fornecedores e prestadores); maior transparência das operadoras (“*disclosure*”); estímulo à melhoria na gestão em atendimento aos critérios de elegibilidade; e mais uma opção de investimento para as garantias financeiras. Em relação aos riscos, destacou que o principal era o de uma liquidação extrajudicial abrupta. Também havia o risco de perda de contratos coletivos âncoras e o risco de inadimplência dos beneficiários. Explicou que a ANS monitorava o processo de insolvência de forma que o pool de operadoras e um percentual máximo de securitização em relação aos contratos existentes pudessem resolver os principais riscos dessa operação. Concluiu destacando que não havia qualquer dotação de dinheiro público nesse processo, que ainda estava sendo estudado pelo mercado financeiro. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para intervenções dos integrantes da Câmara. Dr. **Vítor Gomes**, da CNI, a princípio, parabenizou a ANS pela definição, em curto prazo, de indicadores que possibilitaram analisar a qualidade do sistema e contribuir para a regulação do sistema, destacando, em especial, aqueles relativos à qualidade da atenção à saúde e à satisfação de beneficiários. Todavia, enfatizou que era preciso incluir nesse conjunto um indicador epidemiológico, a fim de melhorar, de fato, os serviços prestados pelo setor. Sugeriu, também, que a cobertura por setor econômico fosse considerada nesse processo de avaliação, já que possibilitaria visualizar como se dava o crescimento do setor. Por fim, perguntou à Diretoria o que poderia ser feito para garantir a expansão do setor em número de beneficiários. Dr. **Fausto dos Santos** esclareceu ao Dr. **Vítor Gomes** que a questão da epidemiologia passou a ser induzida a partir da definição dos indicadores que a Agência utilizaria para a avaliação assistencial.

Explicou que era notável o movimento das empresas de mudança do seu modelo técnico-assistencial com a incorporação de elementos da informação epidemiológica. Contudo, avaliou esse não seria um movimento rápido, pois implicava na mudança de lógica, de cultura e da própria performance da empresa. Em relação ao crescimento do setor de saúde suplementar, disse que a segmentação dos planos de saúde não era vista como alternativa para o conhecimento do setor, por exemplo. Lembrou que essa matéria já havia sido amplamente discutida e o fundamental seria reafirmar a auto-sustentabilidade do setor de saúde suplementar. Nessa perspectiva, a Agência procuraria criar alternativas de mercado para a reestruturação e funcionamento desse setor.

Dra. **Josefa Renê Patriota**, da ADUSEPS, informou que diante da liquidação da ADMED, que operava junto com o Banco Rural, os seus usuários, mesmo aqueles que já tinham cancelado o contrato e os que tinham quitado a anuidade, passaram a receber cobranças do banco rural. Perguntou se a ANS tinha conhecimento dessa situação e se havia tomado alguma iniciativa em relação ao Banco Rural. Dr. **Fausto dos Santos** informou que o liquidante estava negociando com o Banco Rural e a ANS havia nomeado formalmente um liquidante para a empresa ADMED, que estava tomando as medidas cabíveis possíveis, no âmbito do ordenamento jurídico, para equacionar essas questões. Finalizando, informou que, atendendo à solicitação do Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINAMGE, a secretaria enviaria aos integrantes da Câmara o material apresentado.

**ITEM 2 – AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR** – Iniciando, foram convidadas as seguintes autoridades para compor a mesa: Dr. **Gilson Caleman**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **José Leôncio Feitosa**, Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dr. **Alfredo Cardoso**, Diretor de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE/ANS); Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS; e o Ministro de Estado da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**. O primeiro a fazer uso da palavra foi o Diretor-Presidente da ANS, **Fausto Pereira dos Santos**, que, inicialmente, cumprimentou o Ministro da Saúde, os diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar, os

integrantes da Câmara e demais presentes à reunião. Prosseguiu manifestando a satisfação da Diretoria da ANS pelo lançamento dos primeiros resultados do Projeto de Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, que havia sido lançado em dezembro de 2004. Avaliou que a grande conquista do Projeto, nesse período, foi trazer para o âmbito da ANS a pauta de discussão a respeito da configuração do setor de saúde suplementar, da sua capacidade de articular-se e reconhecer-se por meio das informações, particularmente daquelas relacionadas à assistência à saúde. Nessa linha, destacou que, além de buscar conhecer a situação econômico-financeira do setor de saúde suplementar, o seu formato de operação e a satisfação dos beneficiários em relação aos serviços prestados, o Projeto tinha impacto em toda a cadeia produtiva: na relação dos prestadores com as operadoras, na relação dos beneficiários com as operadoras e também sobre a Agência. Enfatizou que os resultados obtidos até aquele momento possibilitaram à Agência maior conhecimento sobre o setor de saúde suplementar e, certamente, com o processamento dos dados de 2004 e análise dos dados do primeiro semestre de 2005, seria possível otimizar o funcionamento do mesmo. Nesse sentido, afirmou que o Programa conseguiu atingir a sua primeira grande tarefa: possibilitar maior conhecimento do setor de saúde suplementar e adotar a informação como elemento essencial para a tomada das decisões no âmbito das políticas públicas e privadas. Salientou que essa primeira etapa do Projeto representava um passo adiante, contudo, seriam dados passos sucessivos no sentido de regular o setor, a partir das informações geradas por ele, visando o processamento de dados que possibilitassem aos beneficiários de planos de saúde conhecer a real situação das empresas. Com isso, a escolha dos planos de saúde a serem adquiridos seria feita de forma mais esclarecida, estimulando o processo de concorrência do setor. Finalizando, parabenizou a equipe da Agência pelo trabalho, dada a sua qualidade técnica e destacou que, sucessivamente, os dados seriam processados e analisados com maior segurança, de forma a verificar com precisão as realidades administrativas e assistenciais das empresas. Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra ao Diretor de Gestão (DIGES/ANS), Dr. **Gilson Coleman**, para apresentação dos primeiros

289 resultados do Programa. Dr. **Gilson Coleman**, da DIGES/ANS, de início,  
290 saudou o Ministro da Saúde, **Humberto Costa**, os diretores da Agência, os  
291 membros da Câmara de Saúde Suplementar e a equipe técnica responsável  
292 pelo desenvolvimento do trabalho. Feitas essas saudações, passou a  
293 apresentação dos resultados da primeira fase do Projeto, que analisou os dados  
294 de competência do ano de 2003. A princípio, destacou que as quatro premissas  
295 principais do Programa - segurança, consistência, flexibilidade e transparência  
296 – haviam sido, de fato, cumpridas durante esse processo. Registrou a  
297 participação efetiva das entidades representativas dos atores do setor -  
298 operadoras, órgãos de defesa do consumidor e prestadores – nessa primeira  
299 fase do Programa, destacando que as suas contribuições foram essenciais para  
300 a conclusão dessa etapa. Prosseguindo, lembrou que o Projeto possuía por  
301 diretrizes instituir a qualidade como marca da Agência de Saúde Suplementar;  
302 consolidar a concepção do setor da saúde suplementar como pertencente ao  
303 campo da produção da saúde; promover maior integração da agenda da ANS  
304 com o Ministério da Saúde; e ter a qualificação da Saúde Suplementar como  
305 local de encontro dos diversos interesses do setor. Lembrou que na primeira  
306 fase do Projeto foram considerados 22 indicadores, sendo oito relativos à  
307 qualidade da atenção à saúde; oito relacionados à qualidade econômico-  
308 financeira; cinco concernentes à qualidade de estrutura e operação; e um  
309 relativo à satisfação dos beneficiários. Ressaltou que nas segunda e terceira  
310 fases seriam incorporados mais 33 indicadores, totalizando 56. Ressaltou que,  
311 por uma opção estratégica, a ANS pontuou cada um dos 22 indicadores,  
312 conferindo-lhes pesos diferentes, tendo sido priorizada a dimensão da  
313 avaliação da atenção à saúde (50%), dada a lógica clara do Programa de  
314 induzir a mudança do modelo de prestação de serviços. Na sequência, vinham  
315 as dimensões econômico-financeira (30%); estrutura e operação (10%); e  
316 satisfação do beneficiário (10%). Disse que, nessa primeira etapa, foram  
317 utilizados os dados encaminhados pelas operadoras de 2003, porque já haviam  
318 sido validados pela Agência. Explicou que os dados de 2004 seriam utilizados  
319 no próximo processamento, visto que as informações estavam chegando e  
320 sendo validadas pela ANS. Destacou que o Projeto de Qualificação utilizava os

321 sistemas de informação existentes na ANS, portanto, refletia o grau da  
322 qualidade da troca de informação entre as operadoras e a Agência.  
323 Continuando, detalhou os indicadores utilizados em relação aos quatro  
324 aspectos de atuação das operadoras, inicialmente selecionados para compor o  
325 Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS). Em relação à qualidade  
326 da atenção à saúde, informou que, no caso das operadoras médico-  
327 hospitalares, que possuem menos cem mil beneficiários, considerou-se dois  
328 indicadores: taxa de prematuridade e taxa de natimortalidade; as operadoras  
329 que possuem mais de cem mil beneficiários, quatro indicadores: taxa de  
330 prematuridade, taxa de natimortalidade, taxa de internação por transtorno  
331 materno na gravidez e taxa de internação por complicações no período  
332 perpétuo; as odontológicas com menos de vinte mil foram avaliadas, utilizando  
333 o Índice de Procedimentos Preventivos em Odontologia e para aquelas com  
334 mais de vinte mil beneficiários também seriam considerados os Índices de  
335 Procedimentos de Dentística, de Procedimentos Endodônticos e de  
336 Procedimentos de Periodontia. Para a avaliação da qualidade econômico-  
337 financeira, disse que foram utilizados os seguintes indicadores: endividamento;  
338 imobilização do patrimônio líquido; liquidez corrente; liquidez geral ajustada;  
339 rentabilidade; despesa assistencial; combinado; e combinado ampliado. Já para  
340 a avaliação da qualidade da estrutura e operação, foram considerados como  
341 indicadores a proporção de beneficiários de planos antigos; a proporção de  
342 permanência de beneficiário; a taxa de variação de beneficiários; as taxas de  
343 regularização; e o tempo relativo de permanência do beneficiário. E, para  
344 avaliar a satisfação de beneficiários trabalhou-se com índice positivado, que  
345 consiste no índice de reclamações com auto de infração. Informou que, nessa  
346 primeira etapa do Programa, o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar  
347 (IDSS) seria apresentado a partir de três eixos: **1)** segmentação assistencial:  
348 médico-hospitalar e exclusivamente odontológicas; **2)** modalidade: cooperativa  
349 médica; cooperativa odontológica; instituição filantrópica, autogestão -  
350 patrocinada e não patrocinada; seguradoras; medicina de grupo e odontologia  
351 de grupo; e **3)** porte: por número de beneficiários: **a)** médicas: Porte 1: 1 a  
352 9.999; Porte 2: 10.000 a 99.999; e Porte 3: mais de 100.000; e **b)**

353 odontológicas: 1 a 4.999; 5.000 a 19.999; e mais de 20.000. Destacou que,  
354 nesse primeiro momento, optou-se por não divulgar o nome das operadoras, já  
355 que o Programa possuiu uma função indutiva de estreitar as relações da  
356 Agência com os atores do setor de saúde suplementar e as informações  
357 disponíveis não possuíam o grau de validade esperado. Explicou, por exemplo,  
358 que as operadoras que tiveram índice de desempenho zero no que se refere  
359 aos indicadores da dimensão da qualidade da atenção à saúde não exprimia,  
360 necessariamente, uma baixa qualidade de atenção, pois este valor era  
361 resultado da inconsistência dos dados informados (97% das operadoras com  
362 nota zero no Índice de Desempenho foi por inconsistências de informação e  
363 somente 3% teve esse índice por avaliação concreta de todos indicadores).  
364 Prosseguindo, detalhou a distribuição do peso de operadoras identificadas com  
365 dados inconsistentes por tipo de crítica – Atenção à Saúde, sendo: 38% não  
366 enviou o Sistema de Informação de Produtos (SIP) em um ou mais trimestres;  
367 37% apresentou inconsistência e/ou incompatibilidade entre os dados  
368 maternos neonatais enviados; e 23% apresentou inconsistência entre os dados  
369 informados e os sistemas de informação da ANS. Em relação à distribuição por  
370 modalidade, das 2.225 operadoras avaliadas, conforme dados de 2003, 35%  
371 eram empresas ou entidades de medicina de grupo; 20% odontologia de  
372 grupo; 16% cooperativas médicas; 15% autogestão; 7,7% cooperativa  
373 odontológica; e 5% filantropia. A respeito da distribuição dos beneficiários das  
374 2.225 operadoras avaliadas – 2003, explicou que o universo de operadoras  
375 avaliadas não refletia o universo de beneficiários de planos de saúde  
376 (38.045.691 de pessoas no Brasil). Ressaltou que o maior exemplo disso era as  
377 seguradoras que, apesar de representarem uma parcela pequena de  
378 operadoras, possuíam universo importante dos beneficiários (12,3%). Do  
379 ponto de vista metodológico, disse que esses dados apontaram a necessidade  
380 de a equipe técnica trabalhar com mecanismo de ponderação dos indicadores e  
381 número de beneficiários, no sentido de encontrar caminhos para aproximar os  
382 resultados da realidade das empresas. Continuando, falou sobre a distribuição  
383 do Índice de Desempenho por Porte e Modalidade, ponderado pelo nº de  
384 beneficiários (ano base 2003). Explicou que, ao comparar os dados das

385 médico-hospitalares e as exclusivamente odontológicas, verificou-se que há  
386 expressivas diferenças entre os mecanismos de operação no âmbito das  
387 dimensões avaliadas. Disse que, em relação aos portes 1 e 2, observou-se  
388 certa igualdade entre as diversas operadoras, sejam médico-hospitalares ou  
389 odontológicas. As de Porte 3 também apresentaram certa aproximação e no  
390 índice geral também as operadoras médico-hospitalares e odontológicas  
391 apresentaram índices semelhantes, com avaliação melhor para as  
392 odontológicas. Sobre a distribuição do Índice de Desempenho por Dimensão e  
393 Modalidade, ponderado pelo nº de beneficiários (ano base 2003), destacou que  
394 grande parte do índice de avaliação relativo à atenção à saúde no patamar  
395 inferior era resultado da inconsistência das informações e não de uma  
396 avaliação propriamente dita. Explicou que isso poderia ser verificado,  
397 observando-se que nas dimensões com sistema de informação mais apurado,  
398 como na estrutura e operação e econômico financeira, havia diferença sensível  
399 em relação à estrutura. A respeito da satisfação de beneficiário, disse que as  
400 odontológicas tiveram melhor avaliação, até por conta do seu universo de  
401 beneficiários. Prosseguindo, destacou que, ao avaliar a distribuição do Índice  
402 de Desempenho por Dimensão e Porte, ponderado pelo nº de beneficiários (ano  
403 base 2003), as autogestões não patrocinadas tiveram melhor desempenho no  
404 que se refere às dimensões de estrutura e operação e satisfação de  
405 beneficiário. Ressaltou que essas tiveram desempenho semelhante aos índices  
406 econômicos financeiros na ordem de 0,3 e, na atenção à saúde, as que tiveram  
407 melhor avaliação foram as que possuíam entre 10 e 99 mil beneficiários. No  
408 que se refere à autogestão patrocinada, explicou que possuíam índice  
409 econômico financeiro de 1%, pois não eram obrigadas a encaminhar nenhuma  
410 informação financeira, considerando-se o princípio de que a empresa  
411 patrocinadora tem boa qualidade econômico-financeira. Contudo, ao observar  
412 as demais dimensões, percebe-se que a autogestão patrocinada tivera  
413 avaliação positiva no que se refere à satisfação de beneficiário, com variação  
414 menor para as maiores, partindo do índice de 0,92 para 0,71. A respeito da  
415 qualidade da atenção à saúde, disse que não houve grandes variações nos  
416 índices de avaliação, exceto nas de porte 2 que tiveram índice de 0,35. Sobre a

417 qualidade econômico-financeira, explicou que apresentaram similaridade e, no  
418 índice de estrutura e operação, também se observou certa igualdade, com  
419 aumento um pouco maior na avaliação daquelas de maior porte, atingindo  
420 0,395. Em relação às cooperativas médicas, explicou que os índices de  
421 avaliação da qualidade tiveram certa regularidade, sendo que as de menor  
422 porte apresentavam menor índice, principalmente no que se refere aos  
423 indicadores de satisfação do beneficiário e qualidade da atenção à saúde. Por  
424 outro lado, tiveram melhor avaliação no índice de atenção à saúde em  
425 comparação às cooperativas de portes 2 e 3. Prosseguindo, disse que as  
426 cooperativas odontológicas também apresentaram certa similaridade no índice  
427 de desempenho por dimensão e porte, com destaque para as que possuem 20  
428 mil beneficiários, principalmente nos indicadores de atenção à saúde, de  
429 estrutura e operação e econômico financeiro. No que se refere às operadoras  
430 filantrópicas, disse que as de maior porte tiveram avaliação melhor no que se  
431 refere ao indicador de qualidade da atenção à saúde. Disse que as de portes 1  
432 e 2 apresentaram similaridade na avaliação do indicador econômico-financeiro,  
433 com destaque para as de maior porte por terem apresentado maior índice. No  
434 que se refere ao indicador de satisfação de beneficiário, explicou que as de  
435 portes 1 e 2 tiveram avaliação melhor do que as de porte 3. Em relação às  
436 operadoras de medicina de grupo, afirmou que as menores tiveram avaliação  
437 inferior às demais, devido à inconsistência das informações, todavia,  
438 apresentaram melhor índice de avaliação no que se refere aos indicadores da  
439 qualidade da atenção à saúde, de satisfação de beneficiário e da qualidade  
440 econômico-financeira. Disse que as operadoras de portes 2 e 3 mantiveram  
441 certa similaridade na avaliação, com destaque para as maiores principalmente  
442 no que diz respeito aos indicadores de qualidade econômico-financeira e  
443 estrutura e operação. A respeito da modalidade de odontologia de grupo,  
444 explicou que as de maior porte tiveram melhor avaliação nas quatro dimensões  
445 e as de menor porte menor avaliação no que se refere às dimensões de  
446 atenção à saúde e econômico-financeira. Em relação à modalidade das  
447 seguradoras, ressaltou que as de porte 1 atingiram o índice máximo no que se  
448 refere à dimensão da satisfação de beneficiário e tiveram bom desempenho em

449 relação à dimensão econômico-financeira. Também apresentaram índices  
450 melhores em relação às seguradoras de portes 2 e 3 no que se refere às  
451 dimensões de estrutura e operação e atenção à saúde. As de porte 2 tiveram  
452 avaliação razoável no que se refere à dimensão da atenção à saúde, avaliação  
453 boa a respeito da satisfação do beneficiário e desempenho adequado no que se  
454 refere à dimensão econômico-financeira. Acrescentou que aquelas de maior  
455 porte tiveram a avaliação prejudicada por conta da qualidade das informações,  
456 mas, ainda assim, destacaram-se nas dimensões relativas à estrutura e  
457 operação, satisfação de beneficiário e econômico-financeira. Ressaltou que o  
458 grupo técnico avaliou, de um modo geral, preservando-se as devidas ressalvas,  
459 que o resultado refletia a realidade da operação do mercado. Afirmou que, a  
460 partir da otimização do processo de recolhimento e envio das informações,  
461 bem como da definição de mecanismos mais eficazes para validação das  
462 informações, pela Agência, seria possível apresentar outro patamar de  
463 avaliação, principalmente no que se refere à dimensão de atenção à saúde. De  
464 qualquer maneira, destacou que o Projeto, antes de obter índices de avaliação,  
465 possibilitou a definição de agenda positiva e comum de todos os atores  
466 envolvidos no setor de saúde suplementar. Disse que, nesse processo, era  
467 essencial ampliar o debate sobre o modelo de atenção da saúde suplementar,  
468 com ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e  
469 regulação assistencial. Também enfatizou a necessidade de conscientizar as  
470 empresas sobre a importância de alimentar o Sistema de Informação, já que a  
471 informação é insumo estratégico para análise do setor e tomada de decisões e  
472 de potencializar o trabalho integrado de todas as Diretorias da ANS,  
473 promovendo articulação com o Ministério da Saúde e instituições de referência,  
474 na perspectiva de dar visibilidade à qualidade técnica do Programa. Destacou,  
475 ainda, que era preciso desenvolver metodologia para a avaliação de qualidade  
476 que pudesse ser utilizada pelos gestores públicos e privados, tanto para  
477 serviços quanto para sistemas de saúde e estabelecer as condições objetivas  
478 para a nova perspectiva de regulação do setor. Avaliou que o Programa  
479 cumpriu e continuaria a cumprir o seu objetivo fundamental que era  
480 estabelecer uma nova perspectiva de regulação no âmbito da saúde

481 suplementar. Destacou que, conforme vinha demonstrando, a Agência estava  
482 aberta ao diálogo e vinha pautando a sua ação por uma rigidez e qualidade  
483 técnica inquestionável e, como tal, continuaria com esse trabalho. Registrou,  
484 também, a alta qualidade técnica e o esforço dos funcionários das Diretorias da  
485 Agência na realização desse trabalho, destacando que, em nenhum momento,  
486 fora necessária consultoria externa para o seu desenvolvimento. Finalizando,  
487 reafirmou o compromisso da Diretora Colegiada, do Diretor-Presidente e da  
488 equipe técnica da Agência de manter a segurança, a consistência, a  
489 transparência e o diálogo constante. Nessa perspectiva, disse que havia sido  
490 definida agenda de discussão sobre o Projeto com os prestadores de serviços,  
491 órgãos e entidades de defesa do consumidor e as próprias entidades  
492 representativas das operadoras, a partir da lógica de que os indicadores do  
493 Projeto não eram infalíveis e o processo de avaliação invariavelmente teria que  
494 ser flexível para alcançar o seu objetivo. Concluída a apresentação, os  
495 presentes cumprimentaram a equipe técnica responsável pelo trabalho com  
496 uma salva de palmas. Na seqüência, fez uso da palavra o Ministro de Estado da  
497 Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, que, inicialmente, saudou o Diretor-  
498 Presidente da ANS, **Fausto Pereira dos Santos**; o Diretor de Gestão da ANS,  
499 **Gilson Coleman**; o Diretor da DIOPE/ANS, Dr. **Alfredo Luiz de Almeida**  
500 **Cardoso**; a Diretora de Fiscalização, **Maria Stella Gregori**; o Diretor de  
501 Desenvolvimento Setorial, Dr. **José Leônicio Feitosa**; o Deputado Federal,  
502 Padre **José Linhares**; o Subprocurador-Geral da República, senhor **Aurélio**  
503 **Virgílio Veiga**; os integrantes da Câmara de Saúde Suplementar; os  
504 representantes dos PROCONS e das entidades de defesa do consumidor e  
505 demais presentes à reunião e agradeceu o convite da Agência para participar  
506 da apresentação dos primeiros resultados do Projeto de Qualificação de Saúde  
507 Suplementar. Avaliou que o Programa configurava-se em uma importante  
508 iniciativa, já que buscava melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo  
509 setor e os seus resultados serviriam de referência para os consumidores de  
510 planos e seguros de saúde, planos de saúde, possibilitando o estabelecimento  
511 de uma competição sadia no setor e o aprimoramento do trabalho desenvolvido  
512 pelas operadoras e prestadores de serviço. Considerou prudente a postura da

513 ANS de, nessa primeira etapa, estabelecer um processo de avaliação por  
514 modalidade e por porte, ao invés de nominar as operadoras de planos de  
515 saúde, dada a inconsistência dos dados disponíveis. Destacou que, durante  
516 muito tempo, a informação não foi considerada um fator importante, o que  
517 dificultava o processo de análise e comparação de dados. Portanto, disse que  
518 era perfeitamente compreensível a falta de sintonia entre os números e a  
519 realidade do setor, principalmente no que diz respeito ao indicador da atenção  
520 à saúde. Ressaltou que esses primeiros resultados do Projeto possibilitavam  
521 verificar o funcionamento do setor e orientariam as pessoas que desejavam  
522 usufruir dos serviços de saúde suplementar na escolha da operadora e as  
523 empresas no processo de eventuais mudanças em relação às operadoras que  
524 atendiam os seus funcionários. Destacou que os resultados da segunda etapa  
525 do Projeto norteariam o posicionamento dos consumidores e, posteriormente,  
526 seria um fator importante para os beneficiários de planos de saúde, pois  
527 apresentariam informações precisas sobre as realidades administrativas e  
528 assistenciais das empresas. Enfatizou que Projeto poderia contribuir para a  
529 redução da simetria de informações que caracteriza a relação do consumidor  
530 com as instituições que operam o sistema e, ao mesmo tempo, possibilitaria  
531 maior competitividade estabelecida a partir de parâmetros fundamentais como  
532 a saúde financeira da instituição, o modo de operação, a satisfação de seus  
533 usuários e, principalmente, os seus resultados em termos de assistência à  
534 saúde. Ressaltou que os aspectos para avaliar o índice de desempenho da  
535 saúde suplementar seriam objeto de debate, na perspectiva de serem  
536 aperfeiçoados, já que o Projeto estava em construção. Afirmou, ainda, que a  
537 prudência da Agência de não trabalhar nesse primeiro momento com a  
538 classificação das operadoras permitiria refletir sobre as eventuais  
539 inconsistências dos indicadores. Enfatizou que o Projeto de Qualificação da  
540 Saúde Suplementar contribuiria, inclusive, para ampliar a legitimidade do setor  
541 de saúde suplementar na sociedade brasileira. Nessa perspectiva, parabenizou  
542 novamente a ANS pela iniciativa e reiterou o apoio do Ministério da Saúde ao  
543 Projeto, dada a necessidade de ampliar a experiência de qualificação na saúde  
544 suplementar e trazer esse tipo de iniciativa para o âmbito do Sistema Único de

545 Saúde. O Diretor-Presidente da ANS, **Fausto dos Santos**, de público,  
546 agradeceu o Ministro **Humberto Sérgio Costa Lima** pela presença e pelo  
547 apoio dado ao Projeto. Na sequência, foi aberta a palavra para intervenções  
548 dos integrantes da Câmara sobre a apresentação. Dr. **Márcio Coriolano**, da  
549 FENASEG, perguntou se o conjunto de indicadores, inicialmente apresentados,  
550 havia sido alterado a partir das contribuições da representação das operadoras  
551 e dos consumidores apresentadas na ocasião do lançamento do Programa. Em  
552 resposta, Dr. **Gilson Coleman**, da DIGES/ANS, informou que haviam sido  
553 feitas alterações nos indicadores econômico-financeiros e nos parâmetros de  
554 avaliações e metas dos indicadores de atenção à saúde. Explicou que, durante  
555 o processo de construção dos indicadores econômico-financeiros, de estrutura  
556 e operação e de atenção a saúde, optou-se por fazer comparações nas diversas  
557 dimensões indicadoras e, nesse processo de mudança, foram realizados vários  
558 procedimentos para aproximar esses indicadores da realidade. Destacou que  
559 também houvera mudanças substanciais no indicador de satisfação de  
560 beneficiários, já que, inicialmente, se trabalhou com o indicador por índice de  
561 reclamação pública e, posteriormente, a equipe técnica optou por trabalhar,  
562 nessa primeira fase, com o indicador positivado, ou seja, com o índice de  
563 reclamação que efetivamente geraram um processo de autuação. Além disso,  
564 informou que estavam em fase final de elaboração dois indicadores de  
565 insuficiência para a avaliação econômico-financeira, que seriam incorporados  
566 na segunda etapa do Projeto. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, retomou a  
567 palavra para cumprimentar a Agência pela opção de não publicar um “ranking  
568 de classificação das operadoras”, haja vista a inconsistência dos dados  
569 disponíveis e o caráter preliminar dos índices de avaliação. Além disso, solicitou  
570 à Diretoria que fossem publicadas no *site* da Agência as mudanças efetivas  
571 feitas nos indicadores de avaliação, a fim de possibilitar a apresentação de  
572 novas contribuições. Manifestou satisfação diante dos primeiros resultados do  
573 Projeto, contudo, avaliou que os dados apresentados não refletiam,  
574 efetivamente, a posição do setor acerca do mercado de saúde suplementar. De  
575 tal forma, disse que um pronunciamento definitivo sobre a questão somente  
576 seria necessário a partir da definição de todos os indicadores necessários à

577 avaliação. Dr. **Gilson Caleman**, da DIGES/ANS, informou que, junto com o  
578 material entregue aos integrantes da Câmara, havia novas fichas técnicas.  
579 Também informou que, nos próximos dias, a Diretoria disponibilizaria no *site*  
580 da Agência um histórico sobre as mudanças dos indicadores, na perspectiva de  
581 possibilitar o acompanhamento do processo de evolução dos mesmos, e a  
582 avaliação das operadoras, a fim de serem consultadas. Concluiu reafirmando  
583 que a Diretoria estava aberta a discutir outros indicadores a serem  
584 incorporados no Projeto. Dr. **Joaquim da Silva**, da Força Sindical, parabenizou  
585 a Agência, em especial os técnicos, pelo trabalho. Ratificou a decisão da  
586 Agência de não divulgar, nessa fase inicial, o ranking das operadoras, todavia,  
587 defendeu que, na segunda etapa do Projeto, fossem divulgados os nomes das  
588 operadoras, a fim de que o público tomasse conhecimento da real situação das  
589 empresas e do setor. Dr. **Celso Corrêa de Barros**, da UNIMED, inicialmente,  
590 cumprimentou a Agência pela decisão de não divulgar os nomes das  
591 operadoras, dada a inconsistências das informações disponíveis. A propósito,  
592 lembrou que havia sido discutido anteriormente se seria função da Agência  
593 “ranquear” as operadoras, direcionando o mercado com base em índices.  
594 Destacou que houve resistência por parte das empresas no que se refere ao  
595 envio das informações exigidas, fazendo com a que grande parte das  
596 informações não tivesse a qualidade apropriada. Desse modo, nessa segunda  
597 etapa, seria necessário garantir o envio dos dados e incluir novos indicadores  
598 para avaliar a atuação das empresas, a fim de que os dados obtidos  
599 expressassem, de fato, a real situação do setor. Em relação às cooperativas,  
600 perguntou se foi levado em consideração, ao analisar o índice de satisfação dos  
601 beneficiários, o fato dessa modalidade possuir 12 milhões de clientes e,  
602 evidentemente, ter maior número de reclamações. Também enfatizou a  
603 necessidade de a pesquisa avaliar o aspecto da qualidade dos serviços  
604 prestados, por entender que os dados de satisfação dos beneficiários, em  
605 relação às cooperativas, não correspondia à realidade. Finalizando, ressaltou  
606 que, diante da complexidade do sistema de saúde suplementar, a Agência agiu  
607 com prudência, já que era necessário aprimorar pontos do Projeto, de forma a  
608 garantir que os resultados expressassem a real situação do setor. Dr. **Alfredo**

609 **Cardoso**, da DIOPE/ANS, registrou sua satisfação diante das manifestações de  
610 apoio à decisão da Agência de não divulgar, nessa primeira etapa, os nomes  
611 das operadoras. Explicou que, para verificar o índice de satisfação dos  
612 beneficiários, foram consideradas queixas de consumidores que geraram autos  
613 de infração e, futuramente, poderiam ser computadas as reclamações  
614 transitadas em julgado. Além disso, informou que nas próximas fases do  
615 Projeto seriam realizadas análises qualitativas. Explicou que os resultados  
616 desta etapa foram obtidos a partir dos dados de competência do ano de 2003  
617 fornecidos pelas operadoras e, nas próximas etapas, os indicadores seriam  
618 adequados, na perspectiva de obter dados que expressassem as realidades das  
619 empresas. Destacou que o Projeto consistia em um marco para o setor, já que  
620 a qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde suplementar jamais  
621 havia sido avaliada por indicadores de assistência. Além disso, possibilitaria um  
622 balanço das operadoras, do ponto de vista social, demonstrando, inclusive, a  
623 atuação das mesmas a partir do aspecto da responsabilização social. Dr. **Pedro**  
624 **Pablo Chacel**, do CFM, concordou com a decisão da Agência de não divulgar,  
625 nessa primeira etapa, o ranking das operadoras, com base nos resultados do  
626 Programa. Contudo, disse que isso deveria ser feito nas próximas etapas do  
627 Projeto, para que os beneficiários de planos de saúde e aqueles que viriam a  
628 ser pudessem conhecer a situação das empresas privadas de serviço. Além  
629 disso, perguntou o porquê de a assistência obstétrica ter sido incluída como um  
630 dos aspectos para a avaliação da qualidade da atenção à saúde prestada pelas  
631 operadoras. Dr. **Gilson Coleman**, da DIGES/ANS, explicou que o  
632 aperfeiçoamento do Sistema de Informações possibilitaria a obtenção de dados  
633 atualizados, seguros e consistentes e otimizaria a capacidade do Programa em  
634 avaliar as operadoras. Assim, a divulgação de um ranking seria uma  
635 consequência natural desse processo. Explicou que, nessa primeira fase, foram  
636 utilizados os indicadores (em especial o materno-infantis e os odontológicos)  
637 que eram solicitados pela Agência, desde 2002, por meio do Sistema de  
638 Informação de Produtos. Acrescentou que os indicadores utilizados buscavam  
639 trabalhar a linha do cuidado e da prevenção, assim, nas próximas etapas,  
640 seriam avaliados além dos transtornos da gravidez e das taxa de

641 natimortalidade e prematuridade, as taxas de cesáreas, de mortalidade  
642 materna e das doenças pró-degenerativas. Além disso, disse que era  
643 importante trabalhar com o indicador de mortalidade materno-infantil cujo  
644 índice era extremamente alto tanto no Sistema de Saúde Suplementar quanto  
645 no Sistema Único de Saúde. Finalizando, ressaltou que se esperava que o  
646 Sistema Único de Saúde também fosse avaliado, utilizando indicadores de  
647 desempenho. Dra. **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, também ratificou a  
648 decisão da Agência de não divulgar, nessa primeira etapa, os nomes das  
649 operadoras. Entretanto, enfatizou que, nas próximas etapas, deveriam ser  
650 divulgados os índices de desempenho de cada operadora, para que os  
651 consumidores pudessem conhecer a situação da empresa contratada. Quanto à  
652 metodologia utilizada para aferir o índice de satisfação dos beneficiários, disse  
653 que as amostragens de pesquisas dirigidas nem sempre traduziam a realidade,  
654 logo, seria importante definir pauta conjunta com as entidades de defesa do  
655 consumidor, pois essas possuíam dados reais que permitiriam verificar com  
656 precisão quais eram os problemas e onde estavam localizados. Também  
657 enfatizou a necessidade de aperfeiçoar o processo de regulação, visando  
658 alcançar a mobilidade e sugeriu que fosse disponibilizada no *site* da ANS a lista  
659 de modalidades das operadoras e o seu porte, inclusive, para facilitar a  
660 consulta do consumidor aos dados. Por fim, disse que a PRO TESTE estava à  
661 disposição para garantir que o Programa atingisse o seu objetivo de melhorar  
662 os serviços prestados pelo setor, beneficiando os usuários de planos de saúde.  
663 Dra. **Josefa Renê Patriota**, da ADUSEPS, inicialmente, perguntou à Diretoria  
664 da ANS por que a ADUSEPS não havia sido convidada a participar da reunião,  
665 realizada no dia 2 de maio de 2005, no Rio de Janeiro, para discutir os  
666 resultados do Projeto. Em relação aos resultados do Projeto, criticou a ANS  
667 pela decisão de não divulgar, nessa primeira etapa, os nomes das operadoras,  
668 por entender que não contribuía para evitar os problemas vivenciados pelos  
669 beneficiários de planos de saúde, a exemplo das exclusões de cobertura.  
670 Também perguntou à Diretoria da ANS quando a Resolução nº 85, de fato,  
671 informaria quais empresas seriam excluídas do mercado. Dr. **Gilson Coleman**,  
672 da DIGES/ANS, respondeu que a ADUSEPS não havia sido convidada a

participar da reunião, realizada no dia 2 de maio de 2005, porque o encontro foi voltado às entidades que participaram de reunião anterior para discutir o Projeto e manifestaram interesse em continuar esse debate. Todavia, disse que a ANS estava aberta a receber a ADUSESP para debater o Projeto de Qualificação. Diante da colocação do Dr. **Gilson Coleman**, Dra. **Josefa Renê Patriota** destacou que a ADUSEPS tinha interesse em discutir o Projeto, contudo, não havia sido convidada a participar dos encontros da ANS que trataram da matéria. Dr. **Gilson Coleman**, da DIGES/ANS, enfatizou que uma das premissas da ANS era manter o diálogo com todo o setor e estava aberta a discutir a matéria com todos os segmentos. A respeito da divulgação dos resultados, disse que a Diretoria e o corpo técnico da ANS agiram com prudência e responsabilidade ao não divulgar os nomes das operadoras, dada a inconsistência dos dados disponíveis. Dr. **José Leôncio**, da DIDES/ANS, acrescentou que o foco do Projeto era a qualificação do setor e, nessa linha, a Agência decidiu agir com cautela e responsabilidade, porque os seus posicionamentos e/ou informações tinham impacto expressivo no setor. Ressaltou que esse Projeto não deveria ser analisado como uma iniciativa isolada, já que era parte de um conjunto de ações implementadas pela Agência, nos últimos dois anos, a exemplo da proposta de implementação de Padrão Único de Troca de Informações entre Operadoras e Prestadores de Serviços de Saúde (TISS); da constituição de grupo de trabalho para discutir com o Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDS) novas fontes de recursos para o setor, entre outras. Além disso, enfatizou que a Agência vinha buscando estreitar o diálogo com os vários segmentos que compõem o setor, na perspectiva de ampliar a confiabilidade dessa relação. Ressaltou que, nessa primeira etapa do Projeto, os dados foram divulgados por segmentação assistencial, modalidade e por porte, porque as informações não possuíam ainda a qualidade apropriada. Já os resultados da segunda fase, que teriam por base os dados referentes ao ano de 2004, identificariam o desempenho de cada operadora, podendo ser amplamente divulgados, a fim de serem de conhecimento dos consumidores, dos segmentos que compõem o setor, da Agência e do próprio Governo. Além disso, enfatizou que o Projeto de

705 Qualificação faria com que as operadoras enviassem as informações exigidas  
706 pela Agência, o que possibilitaria a obtenção de dados concretos e reais do  
707 setor. Dr. **Lúcio Rogério dos Santos**, do Fórum de Conselhos Federais da  
708 Área de Saúde, manifestou apoio ao Projeto e parabenizou a Diretoria e o  
709 corpo técnico da Agência pela divulgação dos primeiros resultados. Além disso,  
710 perguntou se o não envio dos dados de 2003 exigidos pela ANS, por grande  
711 parte das operadoras, prejudicou a definição dos índices de desempenho.  
712 Também enfatizou a necessidade de a ANS definir mecanismo para garantir o  
713 envio dos dados de 2004, pelas operadoras. Em resposta, Dra. **Maria Stella**  
714 **Gregori**, da DIFIS/ANS, esclareceu que, desde a criação da Agência, era  
715 obrigatório o envio de dados a ANS, logo, as empresas que não encaminharam  
716 os dados de 2003 a ANS haviam sido autuadas. Disse que, no caso de  
717 reincidência, a Agência poderia baixar regimes especiais e, no último caso,  
718 liquidar extrajudicialmente as empresas. Nessa perspectiva, ressaltou que,  
719 paralelamente ao Programa de Qualificação, era necessário garantir a  
720 mobilidade, a concorrência, a competitividade e o envio de informações  
721 adequadas pelas operadoras, de forma a diminuir as falhas do mercado. Dr.  
722 **Gilson Caleman**, da DIGES/ANS, acrescentou que o Programa também  
723 contribuiu para melhorar o percentual de encaminhamento das informações,  
724 pelas empresas, a ANS, bem como a qualidade das informações, entendendo  
725 que essa era estratégica para a avaliação do setor. Dr. **Alfredo Cardoso**, da  
726 DIOPE/ANS, informou que 1.564 operadoras foram autuadas por não terem  
727 enviado os dados de 2003 a ANS. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG,  
728 destacou que era extremamente importante garantir que as empresas  
729 enviassem as informações exigidas pela Agência. Todavia, disse que era  
730 preciso considerar as dificuldades e até mesmo a inviabilidade das operadoras  
731 e seguradoras de capturar os dados assistenciais, que eram informados por  
732 prestadores de serviços hospitalares e as informações baseadas no SID 10.  
733 Nesse sentido, reiterou a proposta anteriormente apresentada de que a  
734 Agência definisse mecanismos que garantissem às seguradoras e operadoras,  
735 em especial àquelas que não possuíam rede, a captura de informações,  
736 garantindo-se o cumprimento da legislação e evitando que as operadoras

fossem penalizadas por não apresentarem informações que não detinham diretamente por serem prestadas pelos hospitais. Finalizando, reiterou a necessidade de ser feita campanha efetiva e até mesmo serem lançados instrumentos legais regulamentares, na perspectiva de garantir a prestação de informações. Em resposta, Dr. **Gilson Coleman**, da DIGES/ANS, informou que a Lei nº 9.961 definia a obrigatoriedade do envio de informações pelos prestadores de serviço e previa sanções, no caso do descumprimento. Todavia, disse que a Agência definiu programação voltada a sensibilizar os prestadores de serviços sobre a necessidade do envio de informações. Nessa linha, informou que, a partir do mês de junho de 2005, seriam realizadas oficinas com as entidades representativas dos prestadores de serviços e, posteriormente, também seriam realizadas oficinas voltadas às operadoras. Dr. **Marco Antonio Antunes**, da FENASEG, parabenizou a diretoria e a equipe técnica da Agência pela apresentação dos resultados da primeira fase do Projeto e perguntou se estava previsto plano de divulgação para o mesmo. Sugeriu que fosse disponibilizado *script* do Projeto, na perspectiva de garantir a uniformidade das informações a serem repassadas às empresas, aos clientes e aos segurados, de forma a evitar interpretações equivocadas sobre os resultados iniciais e garantir a continuidade do Projeto. Dr. **Gilson Coleman**, da DIGES/ANS, informou que havia sido definida estratégia de divulgação do Programa e as informações seriam divulgadas, de forma homogênea, tanto no *site* da Agência quanto no Disque ANS, a fim de evitar interpretações indevidas. Dr. **Eduardo de Oliveira**, da FBH, parabenizou a ANS, em especial o Dr. **Fausto dos Santos**, pela iniciativa, uma vez que visava propor uma nova perspectiva de regulação para o setor. Em referência à fala do Dr. **Márcio Coriolano**, ressaltou que os hospitais brasileiros, em várias ocasiões, manifestaram a sua disposição em fornecer as informações necessárias, a pedido das operadoras, apesar de possuírem problemas de ordem operacional para disponibilizar o volume de dados que lhes eram solicitados. Desse modo, sugeriu que a ANS capitaneasse esse processo, por meio da saúde suplementar, de forma que o hospital pudesse prestar todas as informações necessárias às operadoras para as quais prestavam serviço. Nessa perspectiva,

769 manifestou apoio à proposta de desenvolvimento e implantação de padrão  
770 único para troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços de  
771 saúde, já que contribuiria para melhorar a qualidade do atendimento,  
772 racionalizar os custos administrativos de operadoras e prestadores e otimizar  
773 recursos existentes. Dr. **Sérgio Werneck**, do PROCON, sugeriu que o  
774 Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor, órgão gestor do Sistema  
775 Nacional de Defesa do Consumidor ou o Fórum Nacional de PROCONS fosse  
776 consultado, no caso de ser necessária a indicação de nomes para representar  
777 os órgãos oficiais de defesa do consumidor nos encontros promovidos pela  
778 ANS. Dra. **Vera Lúcia Marques**, da AFB, cumprimentou a ANS pela  
779 apresentação dos primeiros resultados do Projeto e sugeriu que os índices de  
780 desempenho fossem divulgados de forma clara e acessível, a fim de que os 38  
781 bilhões de beneficiários pudessem compreendê-los. A propósito, citou o  
782 exemplo do Fórum de Patologias no Estado de São Paulo que elaborou uma  
783 cartilha sobre os direitos do pacientes, com linguagem simples, linear, que teve  
784 grande sucesso. Dr. **Gilson Coleman**, da DIGES/ANS, explicou que, seguindo  
785 a estratégia de divulgação dos resultados do Programa, havia sido  
786 disponibilizada no *site* da ANS e, futuramente, estaria no Disque ANS, listagem  
787 das operadoras, conforme modalidade e porte, de forma a possibilitar à  
788 população beneficiária de planos de saúde a compreensão dos indicadores.  
789 Dra. **Maria Stella Gregori**, da DIFIS/ANS, acrescentou que uma das missões  
790 da Agência Nacional de Saúde era olhar para todos atores envolvidos no setor  
791 de saúde suplementar, principalmente para o consumidor, que era o elo mais  
792 fraco dessa relação. Nessa linha, informou que a Agência vinha desenvolvendo  
793 um Programa chamado Parceiros da Cidadania, visando promover a interação  
794 com todos os órgãos de defesa do consumidor. Disse que essa iniciativa da  
795 Agência Nacional de Saúde, dentre outras, vinha contribuir para  
796 implementação do Programa de Qualificação do Setor. Finalizando, Dr. **Fausto**  
797 **dos Santos** fez uso da palavra para agradecer de público o Dr. **José Antônio**  
798 **Diniz de Oliveira**, que estava deixando a direção da UNIDAS, pela expressiva  
799 contribuição nos trabalhos da Câmara, destacando, em especial, a sua  
800 participação no processo de elaboração do Projeto de Qualificação do Setor de

TRIGÉSIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03/05/05 - BRASÍLIA -DF

801 Saúde Suplementar. Também cumprimentou a Dra. **Marília Ehl Barbosa**, que  
802 assumiu a presidência da UNIDAS. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a  
803 tratar, Dr. **Fausto dos Santos** agradeceu a presença de todos e encerrou os  
804 trabalhos da reunião.

805 Agência Nacional de Saúde Suplementar

806 Ministério da Saúde

807 Ministério da Previdência e Assistência Social

808 Associação de Consumidores de Planos Privados e de Assistência à Saúde – ADUSEPS

809 Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - PRO TESTE

810 Associação Médica Brasileira – AMB

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

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

813 Confederação Nacional do Comércio – CNC

814 Confederação Nacional da Indústria - CNI

815 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN

TRIGÉSIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03/05/05 - BRASÍLIA -DF

- 816 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 817 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
- 818 Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS
- 819 Conselho Federal de Medicina - CFM
- 820 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 821 Central Única dos Trabalhadores - CUT
- 822 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 823 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 824 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG
- 825 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA
- 826 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologia Especiais - AFB
- 827 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 828 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG

TRIGÉSIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03/05/05 - BRASÍLIA -DF

- 829 Fundação PROCON – SJC- São Paulo
- 830 Força Sindical
- 831 Autogestão de Assistência à Saúde - UNIDAS