

QUADRAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 14/03/06 - BRASÍLIA -DF**ATA DA QUADRAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA
DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS**

ABERTURA – Às dez horas e trinta minutos do dia quatorze de março do ano de dois mil e seis, no Salão Dourado do Hotel Glória, situada na Rua do Russel, nº 434, na cidade do Rio de Janeiro, no estado de mesmo nome, iniciou-se a Quadragésima Segunda 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. **José Leôncio Feitosa**, Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dr. **Alfredo Scaff**, Diretor-adjunto de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **Aluísio Gomes da Silva Júnior**, Secretário-geral da ANS; Dr^a **Alexia Luciana Ferreira**, Gerente-geral de Fiscalização Descentralizada (DIFIS/ANS); Dr. **César Sérgio Cardim Júnior**, Assessor especial (DIOPE/ANS); Dr^a **Jussara Macedo Pinto Rotzsch**, Gerente-geral de Padronização de Informações (DIDES/ANS); Dr^a **Mercedes Schumacher**, Gerente-geral de Acompanhamento Institucional (DIGES/ANS); Dr. **Bruno Sobral**, do Ministério da Fazenda; Dr. **Adacir dos Reis**, do Ministério da Previdência e Assistência Social; Dr. **Marcelo Takeyama** e Dr^a **Edila Moquedace**, do Ministério da Justiça; Dr. **José Carlos de Moraes**, do Ministério da Saúde; Dr. **Fernando Agostinho Cruz Dourado**, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); Dr. **Álvaro Luiz Salgado Pinto**, do Conselho Federal de Medicina, substituto; Dr. **José Mário Moraes Mateus** e Dr. **Benício Paiva Mesquita**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr. **Luiz Plínio Moraes de Toledo** e Dr. **Eduardo de Oliveira**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **José Carlos de Souza Abraão** e Dr. **Dante Montagnana**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior** e Dr. **José Martins Lecheta**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e Dr. **Adriano Matheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC); Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical; Dr. **Márcio Serôa Coriolano** e Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr^a **Marília Ehl Barbosa** e Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, da UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Celso Corrêa de Barros** e Dr. **José**

34 **Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde
35 Suplementar; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINO, pelas Empresas de Odontologia de
36 Grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO,
37 pela Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dr. **Paulo Arthur Lencioni** e Dr. **Sérgio Augusto**
38 **Werneck de Almeida**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SP; Dr^a **Josefa Renê Santos**
39 **Patriota**, da ADUSEPS, pela Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à
40 Saúde; Dr^a. **Vera Lúcia de Vita**, da AFB, pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de
41 Patologias Especiais. Estiveram também presentes, na condição de convidados: Dr. **Lúcio Rogério**
42 **Gomes dos Santos**, do Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde (FCFAS); Dr. **Orestes**
43 **Mazzariol Júnior**, da União das Empresas Médicas (UEME); e Dr. **Samir Dahas Bittar**, da
44 Associação Médica Brasileira (AMB). Dr. **Fausto dos Santos** deu início à reunião, cumprimentando
45 os presentes. Em seguida, justificou as ausências do Sr. Luiz Francisco Belém Costa, da FARBRA,
46 que estava sendo representado pela Sr^a **Rosângela Santos**, e informou que as representações
47 do COFEN e do SINAMGE seriam feitas, respectivamente, pela Sr^a **Carmem de Almeida da Silva**
48 e pelos Srs. **Sérgio Vieira** e **Cristine Jourdan**. Informou também as ausências da Dr^a **Maria**
49 **Inês Dolci**, da PRO TESTE, bem como de dois diretores da ANS: **Gilson Coleman**, da DIGES,
50 que se encontrava em férias, e **Alfredo Cardoso**, da DIOPE, que estava participando de evento
51 previamente agendado em São Paulo o qual não fora possível alterar. Dr. **Fausto dos Santos**
52 comentou também que três diretorias da ANS estavam representadas naquela reunião, uma vez
53 que ele estava acumulando a Diretoria de Fiscalização (DIFIS), que se encontrava vaga. Passou às
54 considerações sobre a ata da 41^a Reunião e informou que as alterações e observações sugeridas
55 pela Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, e pelo Dr. **Antônio Alarcon**, da UNIODONTO,
56 haviam sido acatadas. Perguntou aos presentes se havia mais alguma observação sobre o
57 documento ao que o Dr. **José Mário Morais Mateus**, do CFO, solicitou que, na linha 1005, fosse
58 suprimido o trecho, situado após uma vírgula, em que ele se referia à presença da AMB.
59 Encerradas as observações, Dr. Fausto considerou aprovada a ata da 41^a Reunião e aproveitou
60 para informar sobre o pedido feito pela Dr^a **Maria Stella Gregori**, ex-titular da DIFIS, para que
61 fosse feito aditamento à ata da 40^a Reunião para que constasse agradecimento especial ao
62 Excelentíssimo Sr. Fernando Henrique Cardoso, por tê-la nomeado para o referido cargo, o qual ela
63 ocupara entre 1999 e 2005. Dr. Fausto lembrou que na referida reunião a Dr^a Maria Stella havia
64 feito a sua última participação como diretora da ANS, ocasião em que apresentara o relatório de
65 sua gestão. Concluídos os informes gerais, Dr. Fausto passou ao primeiro ponto da pauta. **ITEM 1**
66 **– APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE OPINIÃO REALIZADA PELA ANS**
67 **– Dr. Alfredo Scaff**, Diretor-adjunto da DIGES/ANS, destacou que a pesquisa de opinião tinha

68 como objetivos subsidiar o aprimoramento da função regulatória da Agência, bem como a
69 avaliação e redefinição das ações de diferentes áreas do órgão; atender ao contrato de gestão
70 2005; subsidiar o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; avaliar a imagem da Agência
71 junto a beneficiários, operadoras, prestadores de serviços, gestores do SUS, órgãos de defesa do
72 consumidor; avaliar o grau de satisfação dos beneficiários com o serviço prestado pelas
73 operadoras; e avaliar o grau de satisfação dos atores quanto ao papel da Agência. Relatou que
74 desde a criação da ANS haviam sido realizadas três pesquisas de opinião: em 2001 e 2002,
75 incluindo apenas beneficiários; e em 2003, a qual abrangeria também operadoras e prestadores.
76 Frisou que a pesquisa realizada em 2005 havia contemplado ainda, outros atores como os gestores
77 do SUS, conselheiros de saúde e órgãos de defesa do consumidor. Explicou que a metodologia
78 utilizada na última pesquisa envolvia a aplicação de questionários por meio de entrevistas
79 domiciliares (no caso de beneficiários) e de entrevistas telefônicas (nos demais grupos estudados).
80 Acrescentou que a amostra fora definida de maneira global e a partir do cruzamento das variáveis
81 descritoras. Contou que a fase de campo tivera início nos meses de outubro e novembro de 2005 e
82 que a tabulação dos dados ocorreria em dezembro. Os resultados preliminares foram divulgados
83 também em dezembro, no sítio da ANS e que tabulações posteriores haviam sido realizadas em
84 janeiro e fevereiro de 2006, de modo a aprofundar a análise da base de dados. Relatou que os
85 públicos das 3.773 entrevistas realizadas foram distribuídos em cinco módulos, com os seguintes
86 quantitativos de entrevistas: I. *beneficiários* – 1.688; II. *operadoras* – 455 (entre representantes
87 de administradoras, autogestões patrocinadas, autogestões não patrocinadas, cooperativas
88 médicas, cooperativas odontológicas, medicina de grupo, odontologia de grupo, instituições
89 filantrópicas e seguradoras especializadas em saúde); III. *prestadores* – 1.092 (entre hospitais,
90 clínicas, laboratórios de patologia clínica, centros de diagnose e tratamento, profissionais de saúde
91 credenciados; serviços de tratamento domiciliar); IV. *gestão do SUS* – 372 (envolvendo secretários
92 estaduais e municipais de saúde bem como conselheiros de saúde das esferas municipal, estadual
93 e nacional); e V. *defesa do consumidor* – 166 (contemplando coordenadores ou representantes
94 indicados). Dr. Scaff explicou que a amostra fora construída com base nas características dos
95 grupos estudados e nos temas em análise. Relatou que os temas abordados nos questionários
96 possuíam um núcleo comum a todos os grupos pesquisados e também núcleos específicos de
97 conteúdos. O núcleo comum abrangeu: “conhecimento da ANS”; “conhecimento da terminologia
98 comumente utilizada”; “entendimento acerca da função regulatória”; e “conhecimento e percepção
99 acerca do Programa de Qualificação da ANS”. Os núcleos específicos englobavam os seguintes
100 conteúdos: a) *beneficiários* (“satisfação com os serviços prestados pelas operadoras e
101 prestadores”; “conhecimento sobre seus direitos”; “formas de aquisição do plano de saúde”;

102 “conhecimento sobre o Programa de Adequação de Contratos”; “mudança de operadora”); b)
103 *operadoras, prestadores e defesa do consumidor* (“conhecimento sobre regras do setor”); c)
104 *operadoras e prestadores* (“aferição da existência e dos modelos de contratualização realizados
105 entre operadoras e prestadores”); d) *operadoras e gestão do SUS* (“conhecimento sobre o sistema
106 de ressarcimento ao SUS”); e e) *gestão do SUS* (“utilização de informações do Setor de Saúde
107 Suplementar como insumo para o planejamento das ações e serviços de saúde”). Dr. Scaff chamou
108 a atenção para o fato de que a distribuição de cada um dos cinco módulos de entrevistados tentou
109 ser o mais próxima possível da distribuição dos atores dentro do setor de saúde suplementar.
110 Dessa forma, a região Sudeste, foi a que concentrou a maior parte dos grupos de entrevistados,
111 seguida das regiões Nordeste e Centro-Oeste. No que se refere ao universo pesquisado, 60% dos
112 beneficiários entrevistados eram do sexo feminino e 39% do sexo masculino (a diferença de 1% foi
113 atribuída a problemas de registro); 54% estavam na faixa de 18 a 39 anos e os demais assim
114 distribuídos: 40-49 anos (20%), 50-59 anos (15%), 60-69 anos (7%), 70-79 anos (3%) e acima de
115 80 anos (1%). A distribuição desses beneficiários por escolaridade indicou que a grande maioria
116 (34%) possuía o ensino médio completo, 25% haviam concluído o ensino superior e 6%, o ensino
117 fundamental; em contraposição, 18% declararam não ter concluído o ensino superior, 7%, o
118 ensino médio, 9%, o ensino fundamental e 0,4% praticamente não apresentavam instrução. No
119 que se refere à modalidade das operadoras, a distribuição das empresas entrevistadas foi a seguinte:
120 autogestão patrocinada (9%), autogestão não patrocinada (7%), cooperativas médicas (23%),
121 cooperativas odontológicas (11%), medicinas de grupo (22%), odontologia de grupo (16%),
122 filantrópicas (6%), seguradoras (1%). Quanto à distribuição geográfica dessas operadoras, 18%
123 eram de abrangência nacional; 15%, estadual; 42%, municipal; 18%, intermunicipal; e 3%,
124 interestadual. Em relação aos prestadores de serviço, por categoria, 14% estavam distribuídos em
125 hospitais, 25% em clínicas, 15% em serviços de apoio e diagnóstico (SADT) e 46% eram
126 profissionais de saúde. Dentre os representantes da gestão do SUS, no universo de 372
127 entrevistados 53% eram de secretarias municipais de saúde, 6% de secretarias estaduais e 5% de
128 conselhos estaduais de saúde. Na sequência, o Dr. Scaff passou a apresentar alguns resultados da
129 pesquisa. No item “conhecimento da ANS”, chamou a atenção para o fato de que cerca de 75%
130 dos gestores e aproximadamente 20% dos beneficiários e prestadores declararam conhecer a
131 Agência; desses, perto de 50% não souberam dizer ou não responderam se conheciam a ANS. No
132 que se refere ao conhecimento das funções regulatórias exercidas pela Agência, 78% das
133 operadoras e quase 75% dos órgãos de defesa do consumidor demonstraram possuir
134 conhecimento bastante preciso dessas funções. No item “Avaliação geral das ações da ANS” foi
135 realizada uma média das notas atribuídas pelos entrevistados numa escala de zero a dez. Dessa

136 forma, os resultados indicaram que 35% das operadoras deram nota entre 8 e 10; 50% entre 5 e
137 7 e, em torno de 5% atribuíram nota entre zero e quatro. Entre os órgãos de defesa do
138 consumidor, aproximadamente 18% atribuíram notas de zero a quatro para o desempenho da
139 Agência. Dr. Scaff frisou que uma quantidade de prestadores, considerada bastante elevada, não
140 soube opinar ou não opinou sobre o desempenho da ANS. Ele destacou que esse grupo de
141 prestadores correspondia àquele grupo que no item “conhecimento da ANS” também não soubera
142 opinar ou não opinara sobre as ações da Agência. Prosseguindo, o diretor-adjunto da DIGES
143 revelou que um conjunto grande de beneficiários atribuíra notas de 5 a 7 ao desempenho da
144 Agência e entre os gestores do SUS, o padrão de notas assemelhava-se aos dos órgãos de defesa
145 do consumidor. Alfredo Scaff indicou que em torno de 70% das operadoras conheciam o programa
146 de qualificação da saúde suplementar, ao passo que os demais atores demonstraram possuir baixo
147 nível de conhecimento do referido programa. Comentou ainda que entre todos os módulos
148 pesquisados, a grande maioria dos entrevistados apontara como sendo função da ANS avaliar a
149 qualidade dos planos de saúde. No que se refere ao “conhecimento do sistema de ressarcimento
150 ao SUS”, a pesquisa demonstrou que por volta de 82% das operadoras conheciam bem como se
151 dá o ressarcimento e que cerca de 13% das empresas entrevistadas não opinaram ou não
152 souberam falar sobre o tema. Entre os gestores do SUS, o índice de conhecimento sobre o tema
153 ressarcimento foi de aproximadamente 80%, enquanto que cerca de 10% afirmaram “não
154 conhecer” e um pequeno percentual não soube responder. No item “satisfação geral com o plano
155 de saúde”, 72% dos beneficiários manifestaram-se muito satisfeitos ou satisfeitos com seus planos
156 de saúde, 10% mostraram-se indiferentes, 7% pouco satisfeitos e 3% insatisfeitos; 8% não
157 souberam dizer ou não responderam. Dr. Scaff comentou que estes valores estavam muito
158 próximos aos das pesquisas realizadas anteriormente pela ANS e também de algumas outros
159 levantamentos externos. Em relação às opiniões dos beneficiários, o diretor-adjunto da DIGES
160 destacou outros dois aspectos investigados: a quantidade e a qualidade dos médicos credenciados
161 pelo plano de saúde e a avaliação para autorização de procedimentos e de internações. Revelou
162 que quase 80% dos beneficiários classificaram a quantidade disponível de médicos credenciados
163 entre “bom” e “ótimo”, e no que tange à qualidade desses profissionais o índice permanecera
164 também em torno dos 80%, ainda que com uma ligeira tendência para mais em relação à
165 quantidade. No que se refere à avaliação para autorização de procedimentos, o percentual ficou
166 em torno de 70% (entre “bom” e “ótimo”) e em relação à avaliação para autorização de
167 internações, o resultado ficou próximo dos 60%. Dr. Scaff acrescentou que a pesquisa revelara
168 também que cerca de 80% dos beneficiários haviam utilizado o plano no último ano, 18% não o
169 fizeram e 3% não souberam responder. Reclamações e queixas às operadoras dos planos foram

170 referidas por 11% dos beneficiários entrevistados, sendo que 87% declararam não ter queixas e
171 2% não souberam responder ou não responderam. As queixas mais freqüentes apontadas
172 referem-se a cobranças indevidas, dificuldade de agendamento, reajustes dos planos, falta de
173 informações atualizadas, dificuldade de obtenção de guias e formulários, dúvidas sobre cláusulas
174 contratuais. Dr. Scaff ressaltou que um grande percentual de beneficiários não soube precisar as
175 queixas em relação aos planos. O diretor-adjunto da DIGES agradeceu a atenção de todos e
176 enfatizou que a apresentação realizada fora feita de forma sucinta em relação ao tamanho da
177 pesquisa. Finalizou explicando que a tabulação ainda não havia terminado pois restava fazer os
178 cruzamentos entre os módulos e a avaliação dos respectivos achados, a fim de se compreender a
179 interface entre eles. Dr. **Fausto dos Santos** abriu a palavra para comentários dos presentes. Dr.
180 **Samir Bittar**, da AMB, salientou que os números da pesquisa eram expressivos em vários
181 aspectos pois mostravam a satisfação das operadoras com a atuação da ANS, ao contrário do que
182 se costumava ouvir. Considerou inaceitável que 20% das operadoras atuantes no mercado de
183 saúde suplementar desconheciam o programa de qualificação da ANS – frisando que isso traduzia
184 perda de qualidade na assistência - bem como que 20% dos gestores do SUS desconheciam como
185 se dava o ressarcimento. Chamou a atenção para o índice de 72% de satisfação dos usuários, fato
186 que na sua opinião vinha ao encontro de pesquisa realizada pelo IBOPE, cujos resultados haviam
187 revelado que mais de 80% da população brasileira consideravam o médico como um profissional
188 que recebe e detém confiabilidade. O representante da AMB destacou ainda que, na pesquisa da
189 ANS, 80% dos beneficiários aprovavam a qualidade do exercício profissional médico, apesar das
190 dificuldades que este profissional vinha enfrentando em termos de remuneração e de condições
191 para atualização, bem como em decorrência da sobrecarga de profissionais no mercado de
192 trabalho devido à política vigente de abertura desenfreada de escolas de medicina. Dr. **Celso**
193 **Corrêa de Barros**, da UNIMED, indagou se a pesquisa fora realizada pela ANS ou por algum
194 instituto, ao que o Dr. Scaff respondeu ter sido por meio de empresa contratada pela Agência. Dr.
195 Celso contou que o sistema UNIMED realiza anualmente uma pesquisa de opinião com o Instituto
196 DataFolha e apontou alguns dados semelhantes entre os dois estudos, a exemplo do percentual de
197 satisfação dos usuários, considerado bom apesar das repercussões na mídia relativas aos reajustes
198 e à luta das entidades pela CBHPM. Concluiu que, de um modo geral, os resultados das duas
199 pesquisas estavam próximos e eram expressivos, pois mostravam a realidade do setor. Dr. **Márcio**
200 **Coriolano**, da FENASEG, parabenizou a ANS pela iniciativa da pesquisa não só pelos resultados
201 estatísticos mas, sobretudo, pelo potencial destes em reorientar o trabalho da Agência em relação
202 aos principais temas de seu eixo de atuação. Expressou a sua preocupação com o índice de 80%
203 de desconhecimento dos prestadores de serviço em relação aos dois pilares da Agência – o TISS e

o programa de qualificação. Lembrou que a FENASEG já havia alertado a Agência para o fato de o próprio prestador desconhecer as normas e não encaminhar as informações às seguradoras, o que acabava por penalizá-las no que se refere à qualificação. Acrescentou que cartas estavam sendo encaminhadas aos prestadores informando-os de que o envio das informações para o TISS e para SIP era uma determinação da Agência, bem como manifestou o desejo de que os representantes dos prestadores de serviços também se mobilizassem com esse objetivo. Dr. **Antônio Alarcon**, da UNIODONTO, indagou se o cirurgião dentista estava incluído no indicador relativo à quantidade e qualidade de profissionais credenciados. Dr. Scaff respondeu que esse indicador havia contemplado somente os profissionais médicos ao que o Dr. Alarcon sugeriu que se refinasse mais a análise de modo a separar a Medicina da Odontologia, com apresentação dos resultados por categoria e, assim, ter uma visão melhor da realidade. Dr. **Lúcio Rogério**, da FCFAS, ressaltou a importância da pesquisa para os profissionais da área de saúde e, complementando a sugestão do Dr. Alarcon, solicitou que a avaliação dos profissionais de saúde fosse também estratificada por setor de atuação – SUS e saúde suplementar. Reiterou a importância dessa visão por segmento e parabenizou o Dr. Samir Bittar por ter conseguido sintetizar na sua análise da situação dos profissionais médicos o sentimento geral das entidades representativas da classe. Sr^a **Rosângela Santos**, da FARBRA, parabenizou a ANS pela iniciativa da pesquisa e pela inclusão dos conselhos de saúde no universo investigado, uma vez que esses fóruns constituem referencial para se aferir como funcionam as políticas de saúde em cada estado, no contexto da especificidade de cada região do país. Sugeriu que a ANS investisse mais nos conselhos de saúde, nos três níveis do SUS, salientando que esses fóruns recebiam a maioria das reclamações dos usuários e que o contato com a ponta era necessário para se ter um parâmetro real acerca da prestação dos serviços. Na condição de membro do Conselho Estadual de Saúde e de uma associação de pacientes renais crônicos bem como de representante da FARBRA na CSS, a Sr^a Rosângela externou ainda a sua preocupação com o percentual de 79% dos beneficiários que utilizam os planos de saúde. Considerou que era preciso investigar as razões pelas quais as pessoas haviam utilizado os planos: se em razão de alguma patologia crônica ou devido a problemas de saúde eventuais, justificando que um dos problemas mais frequentes no setor era a garantia de continuidade do tratamento para patologias crônicas. Com relação aos 82% de beneficiários que não tinham reclamações sobre os planos, a representante da FARBRA comentou que se tratava de um percentual elevado e que, por isso, era preciso conhecer a real causa da não reclamação, lembrando que muitas vezes as pessoas não o faziam por desconhecer os seus direitos assim como os parâmetros de qualificação do serviço. A Sr^a Rosângela chamou também a atenção para os 32% de beneficiários que não souberam precisar a queixa sobre o plano, alertando que isso poderia indicar o desconhecimento

238 do beneficiário em relação à qualificação do serviço, à qualificação do profissional credenciado e
239 ainda à perspectiva do tratamento, no sentido de proporcionar qualidade de vida, uma vez que a
240 saúde envolve outros fatores para além da ausência de doença. Dr. **José Carlos Abrahão**, da
241 CNS, ponderou sobre a necessidade de se considerar o segmento de prestadores não era formado
242 somente por médicos mas também por hospitais, clínicas e laboratórios. Nessa linha, sugeriu ao
243 Dr. Fausto que na próxima pesquisa houvesse maior detalhamento do segmento do prestador de
244 serviço, tendo em vista que na presente pesquisa somente 20% dos prestadores haviam sido
245 avaliados. Explicou que apesar da importância do trabalho do médico, o papel dos hospitais e
246 clínicas que funcionam 24 horas na assistência ao usuário também deveria ser levado em conta.
247 Frisou ainda o empenho da CNS e da FBH em divulgar o programa de qualificação e o TISS junto
248 às filiadas, reiterando o apoio a essas iniciativas da ANS. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, antes
249 de comentar sobre os dados da pesquisa, perguntou ao Dr. Fausto se a prestação de contas do
250 contrato de gestão da ANS estava atrasada e qual fora a data de publicação da última
251 determinação da Agência relativa ao rol de procedimentos. O diretor-presidente da ANS esclareceu
252 que a prestação de contas estava em dia e que a última resolução sobre o rol de procedimentos
253 ocorrera em setembro de 2004. Na sequência, Dr^a Renê perguntou se, os Procons haviam sido os
254 únicos órgãos de defesa do consumidor ouvidos pela pesquisa. Diante da resposta afirmativa, ela
255 classificou como fato bastante grave a ausência de outras instituições, a exemplo da ADUSEPS,
256 que trabalha especificamente com planos de saúde. Com relação ao ressarcimento ao SUS
257 considerou elevado o percentual de cerca de 80% de conhecimento do tema por parte dos
258 gestores e das operadoras e questionou quem, de fato, verificava se o ressarcimento estava ou
259 não acontecendo, alegando que os secretários de saúde desconheciam a prioridades desse
260 ressarcimento e não se envolviam com o assunto por falta de interesse. Quanto à satisfação dos
261 beneficiários com os planos de saúde, Dr^a Renê questionou ainda o percentual apresentado assim
262 como o dado de que 80% dos beneficiários utilizavam planos de saúde. Alegou que muitas pessoas
263 acabavam procurando por um serviço médico às vezes sem necessidade específica, na tentativa de
264 buscar algo que lhes proporcionasse maior qualidade de vida. Atribuiu essa situação à ausência de
265 um trabalho direcionado a promover a satisfação da população usuária dos planos de saúde e
266 também dos usuários do SUS e por esta razão questionava se aqueles 80% de pessoas que
267 afirmaram utilizar os planos o faziam por uma necessidade real. No que se refere aos 32% de
268 beneficiários que não souberam precisar suas queixas sobre os planos, alertou que isso
269 evidenciava a existência de uma insatisfação com o setor. Em relação à avaliação quanto á
270 autorização de procedimentos, Dr^a Renê também questionou o dado de 70% de satisfação dos
271 usuários. Dr. **José Mário Mateus**, do CFO, manifestou apoio às posições do Dr. Alarcon e do Dr.

272 Lúcio no que diz respeito ao desmembramento dos dados relativos às categorias de prestadores de
273 serviços (profissionais, rede hospitalar e SADT) e questionou o fato de somente 20% dos
274 entrevistados da categoria de prestadores, que envolvia inclusive a odontologia, afirmaram ter
275 conhecimento da ANS. Contou que o percentual pesquisado pelo CFO era bem maior do que esse.
276 Por outro lado, apontou a coincidência de percentuais na faixa de 20% para prestadores e
277 usuários, comentando que ambos eram muito baixos. Chamou ainda a atenção para o fato de que
278 a mesma nota atribuída às ações da ANS provinha dos prestadores de serviço, assim como para a
279 discrepância entre os percentuais de conhecimento do programa de qualificação por parte dos
280 prestadores e o de conhecimento das ações da ANS. Dr^a **Vera Lúcia de Vita**, da AFB, observou
281 que nos primeiros estudos fora mostrada a diferença entre a faixa de jovens e de pessoas idosas
282 nos planos de saúde. Levando em conta que a população idosa no Brasil estava em crescimento
283 tendo já chegado a perto de 15 milhões, e que muitas dessas pessoas após pagarem por planos de
284 saúde durante anos tinham de arcar com valores mais elevados justamente quando tinham seus
285 rendimentos reduzidos devido à aposentadoria, dr^a Vera sugeriu que a ANS prestasse atenção a
286 esse aspecto e pensasse em alternativas para essa pequena faixa de usuários de planos pudesse
287 ganhar qualidade de vida. A representante da AFB solicitou também o empenho da Agência em
288 relação ao desconhecimento dos gestores acerca do ressarcimento ao SUS. Dr. **Fernando**
289 **Agostinho**, do CONASS, dirigiu-se à Dr^a Renê Patriota para expressar a sua indignação pelo modo
290 como ela havia se referido aos secretários de saúde durante a sua fala. Disse que era indiscutível a
291 contribuição destes gestores, tanto municipais quanto estaduais, para o SUS. Em relação ao
292 controle do ressarcimento, afirmou que o assunto era de responsabilidade da ANS e que ele
293 recebera no dia anterior o Caderno de Informação de Ressarcimentos, preparado pela Agência,
294 com dados consolidados até dezembro de 2005. Quanto à falta de interesse dos secretários,
295 alegada pela Dr^a Renê, reconheceu que, ainda que de forma modesta, o ressarcimento vinha
296 sendo feito pelas operadoras, mas que os recursos estavam indo para o prestador. Acrescentou
297 que a diferença entre a tabela utilizada e a tabela do SUS bem como os valores da tabela do SUS
298 pagos pelos gestores (estaduais ou municipais) estavam voltando para o Ministério da Saúde e não
299 para os gestores, que haviam sido os verdadeiros responsáveis pelo pagamento da tabela do SUS
300 para os prestadores. Revelou que essas questões vinham sendo discutidas na Comissão
301 Intergestores Tripartite e que havia um indicativo do Ministério da Saúde de utilizar esses recursos
302 historicamente recebidos para buscar reduzir as desigualdades regionais existentes entre os
303 estados. Ressaltou que os secretários não têm interesse em privilegiar as operadoras de saúde,
304 mas entendiam que elas fazem parte do sistema de saúde e reiterou o empenho em realizar o
305 ressarcimento ao SUS da melhor forma possível. Dr. **Fausto dos Santos** retomou a palavra e

disse que diante da impossibilidade de se abrir debate sobre ressarcimento naquele momento, em razão da pauta a ser seguida, propunha o tema como ponto de pauta para a reunião seguinte da CSS, com apresentação de números, processamento o papel dos diferentes atores as saúde complementar no âmbito do ressarcimento. Dr^a **Renê Patriota** pediu novamente a palavra para reafirmar que os secretários precisavam ser mais agressivos em relação ao ressarcimento e que considerava errado o encaminhamento proposto pelo Dr. Fausto, já que ela não teria o direito de se pronunciar naquele momento. Dr. **José Leôncio Feitosa**, diretor da DIDES, pediu a palavra para confirmar o ressarcimento como ponto de pauta para a reunião seguinte, acrescentando que incluiria também a apresentação da nova metodologia proposta pela Agência. Dirigiu-se à Dr^a René para comentar sobre o empenho do Dr. Fernando em cobrar da Agência e da pessoa do diretor a implementação do ressarcimento, que era extremamente complexa. Em seguida, Dr. **Fausto** passou ao segundo ponto de pauta. **ITEM II – APRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA E DOS INDICADORES DA QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL** – Dr^a **Alexia Ferreira**, Gerente-geral de Acompanhamento Institucional da DIGES/ANS, enfatizou o papel da qualificação institucional como instrumento para medir os graus de desempenho da Agência em produzir os processos que realizem a missão da instituição de “promover a defesa do interesse público na assistência complementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.” Relatou que o passo inicial do trabalho fora a definição de um conjunto de indicadores, a partir de discussão entre representantes das diferentes diretorias da Agência. Destacou que esses indicadores refletiam os processos de trabalho da ANS, a partir do cruzamento dos indicadores do contrato de gestão, dos relatórios de progresso 2004 dos projetos desenvolvidos em cooperação com o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e a UNESCO, bem como do próprio projeto de qualificação institucional. Acrescentou que, a exemplo do programa de qualificação das operadoras, esses indicadores haviam sido agrupados sob quatro dimensões, a saber: integração do setor de saúde complementar com o setor público; desenvolvimento de processos regulatórios; desenvolvimento institucional; e credibilidade institucional. Dr^a Alexia destacou que essas dimensões haviam recebido pesos diferentes com base na importância dos processos de trabalho e também na qualidade dos indicadores possíveis a cada um desses campos. Dessa forma, revelou que o maior peso fora dado à implementação dos processos regulatórios (40%), seguido por todo o esforço envolvido no desenvolvimento institucional (30%), na credibilidade institucional (20%) e integração com o setor público (10%). Contou que a implementação do projeto havia sido prevista em duas etapas: a primeira, na qual foram apresentados indicadores relativos ao ano de 2004, cuja utilização constituía-se em

340 testagem para avaliação da capacidade destes em refletir o desempenho da ANS; e a segunda
341 etapa, que consistia na aferição e discussão dos resultados de 2005, a partir do processamento dos
342 indicadores de primeira e segunda fases, que ainda se encontravam em discussão. Dr^a Alexia
343 salientou a importância da participação da CSS nesse processo de avaliação da segunda fase.
344 Acrecentou que a avaliação do desempenho da Agência seria realizada de forma global, com base
345 na aferição do conjunto de indicadores propostos para cada fase, considerando-se que os mesmos
346 são de governabilidade interna e refletem diferentes dimensões do projeto de governo
347 implementado pela ANS. Explicou que os resultados seriam traduzidos em um sistema de
348 pontuação, de acordo com o percentual de alcance das metas propostas. Dr^a Alexia observou
349 ainda que os indicadores teriam pesos diferentes, levando-se em conta o programa de governo, a
350 importância deles para a missão, a governabilidade e a capacidade de a ANS implementá-los.
351 Dessa perspectiva, descreveu que na primeira dimensão – “integração do setor de saúde
352 suplementar com outros órgãos do setor público” – havia três indicadores: ressarcimento, com
353 foco na efetividade dos avisos de beneficiários identificados a ser mensurada pela somatória de
354 AIH (Autorização de Internação Hospitalar) não impugnadas, mais AIHs indeferidas em primeira
355 instância sem recurso, mais AIHs indeferidas em segunda instância, dividida pelo total de AIHs de
356 avisos de beneficiário identificadas. Prosseguiu, falando sobre o índice de divulgação dos cadernos
357 de informação do gestor de saúde, o qual envolve os cadernos de informação divulgados no prazo
358 estabelecido dividido pelo total de caderno programados. Na segunda fase, haveria o indicador do
359 perfil de mortalidade dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, a ser divulgado
360 no mês de dezembro de cada ano, a começar por 2005. Na segunda dimensão – “implementação
361 dos processos regulatórios” – apontou sete indicadores: *índice de absorção de carteiras*, que seria
362 o quociente entre o número de carteiras absorvidas e o número de alienações de carteiras
363 decretadas; *índice de conclusão de direções fiscais e técnicas*, que é o número de direções fiscais e
364 técnicas, instauradas e concluídas no prazo estabelecido (os 360 dias previstos nos normativos),
365 dividido pelo total de direções fiscais e técnicas concluídas nesse período de análise; *dívidas ativas*
366 *inscritas no ano* (indicador da segunda fase), que é o quociente entre o número de processos
367 inscritos em dívida ativa e o total de indicações para inscrição; *efetividade do acompanhamento*
368 *dos planos de recuperação*, que se refere ao número de visitas técnicas realizadas a operadoras
369 em plano de recuperação dividido pelo total de operadoras em plano de recuperação no período;
370 *efetividade de medidas regulatórias pró-ativas*, que inclui o número de operadoras com termos de
371 ajuste celebrados, dividido pelo número de operadoras com processo de negociação instaurados;
372 *efetividade no recolhimento da taxa de saúde suplementar por plano de assistência à saúde*,
373 representado pelo quociente entre o total de operadoras que recolheram a TPS e o total de

374 operadoras com exigibilidade de recolhimento; e *taxa de conclusão de processos finalísticos*, que
375 inclui os processos de registro de operadoras, registros de produto, reajuste, fiscalizações e
376 processos por doença e lesão pré-existente. São aferidos os processos que foram concluídos no
377 período previsto divididos pelo total de processos que deveriam ter sido concluídos e estratificados
378 de acordo com os normativos especificamente para cada um desses processos. Dr^a Alexia
379 continuou apontando os cinco indicadores da dimensão “desenvolvimento institucional”: *difusão do*
380 *conhecimento*, relativo à segunda fase, mensurado pelo número de relatórios finais de pesquisa
381 divulgados até um ano após a conclusão dividido pelo total das pesquisas realizadas; *capacitação*
382 *de pessoal*, dado pelo número de servidores que participaram de pelo menos um evento de
383 capacitação no período dividido pelo total de servidores da agência; *concentração de horas de*
384 *treinamento por servidor*, que é dada pelo quociente entre o total de horas de treinamento e o
385 número de servidores; *taxa de conclusão de processos meio de infra-estrutura*, que se refere à
386 capacidade interna de produzir respostas nos tempos estabelecidos; *tempo médio de atendimento*
387 *do suporte de informática*, cujo índice é dado pela somatória da data/hora do término do
388 atendimento com a data/hora de abertura do atendimento dividida pelo total de solicitações de
389 atendimento, considerando o tempo útil de atendimento no período e tendo por meta um tempo
390 médio de atendimento menor do que quatro horas. Na dimensão de “credibilidade institucional”, a
391 Gerente-geral de Acompanhamento Institucional apresentou os sete indicadores: *índice de*
392 *participação dos representantes da Câmara de Saúde Suplementar nas câmaras técnicas*
393 *constituídas pela ANS*, (indicador de segunda fase); *índice de apuração de demandas institucionais*,
394 que fora avaliado também para 2004 e era mensurado pelo quociente entre número de apurações
395 de demandas institucionais respondido e o total das demandas institucionais recebidas no período;
396 *índice de aprovação da ANS pelas operadoras*, que incluía os dados das pesquisas de opinião
397 (sendo que naquele primeiro momento seriam considerados os dados de 2003, pois não houvera
398 pesquisa em 2004) e cuja meta fora construída a partir dos resultados disponíveis, com previsão
399 de *gap* de pelo menos 10% sobre esses resultados, de modo que o indicador seria mensurado pelo
400 percentual de notas superiores a 8 para a ANS dividido pelo total de operadoras pesquisadas (em
401 torno de 46%); *índice de aprovação da ANS pelos prestadores*, cuja meta proposta era superior a
402 24% (justificou que como na pesquisa de 2003 o conhecimento da agência pelos beneficiários era
403 muito pequeno, era pouco significativo trabalhar com a aprovação) e a mensuração do indicador
404 seria dada pelo percentual de notas superiores a 8 para a ANS dividido pelo total de prestadores
405 pesquisados; *índice de aprovação da ANS pelos beneficiários*; *índice de aprovação da ANS junto*
406 *aos órgãos de defesa do consumidor*, e *índice de aprovação da ANS junto aos gestores do SUS*,
407 estes últimos a serem inseridos na análise de 2005. Dr^a Alexia explicou que a partir dessa matriz

408 seria aferido um índice de desempenho institucional, com variação de 0 a 1, assim como o índice
409 de desempenho da Agência de Saúde Suplementar, que iria dar o parâmetro que reflete o
410 desempenho institucional. Acrescentou que seriam também realizadas análises mais refinadas dos
411 indicadores de modo a permitir propostas de intervenções qualificadas direcionadas a melhorar
412 esse desempenho. Dr. **Fausto** lembrou que, ao se trabalhar alguns indicadores de
413 acompanhamento, a intenção era possibilitar o monitoramento do desempenho da Agência não só
414 pelo seu corpo técnico mas também por todos os atores que militam no setor de saúde
415 suplementar. Frisou que era preciso fazer com que o aprimoramento da Agência resultasse
416 também no aprimoramento do funcionamento do setor. Em seguida, abriu a palavra aos presentes.
417 Dr. **Bruno Sobral**, do Ministério da Fazenda, parabenizou a ANS pela iniciativa de se auto-avaliar
418 e sugeriu a inclusão de indicadores relativos à melhora nas condições de concorrência, como parte
419 da dimensão “implementação de processos regulatórios”, tendo em vista que o controle da
420 concorrência tende a melhorar o processo regulatório e que esse controle podia ser facilmente
421 monitorado pela Agência através da diminuição de barreiras de entrada no mercado e de fomento
422 ao setor. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, elogiou a sugestão do Dr. Bruno Sobral e propôs
423 que, diante da complexidade dos indicadores e considerando a existência do programa de
424 qualificação de operadoras, os membros da Câmara tivessem prazo maior para apresentar
425 sugestões. Comentou ainda que no indicador de implementação de processos regulatórios, a
426 fórmula proposta para verificação de “índice de absorção de carteiras” não dependia somente da
427 ANS mas também do mercado, destacando que era preciso considerar a capacidade de o mercado
428 absorver ou não as carteiras liquidadas. Disse que a FENASEG já alertara sobre esse aspecto, pois
429 entendia que a qualificação dos planos não podia ficar restrita somente a essa capacidade de
430 adaptação. Dr. **Sérgio Werneck**, do PROCON SP, ressaltou a importância de a ANS fazer uma
431 auto-avaliação e que tal disposição era fator determinante para a plena existência de uma política
432 de gestão da saúde suplementar. Referiu-se à fala do Dr. Bruno Sobral para considerar que, apesar
433 de a ANS possuir tal entendimento, era preciso reconhecer que o setor ainda não alcançara o nível
434 desejável de concorrência, visto que o consumidor ainda não conseguia exercer o direito de livre
435 escolha, em razão de um conjunto de fatores, dentre os quais a possibilidade de perda da carência
436 na troca de um plano para outro. Concluiu manifestando o desejo de que a iniciativa de auto-
437 avaliação por parte da Agência pudesse promover avanços na gestão do setor e, assim,
438 proporcionar ao consumidor o direito pleno de livre escolha de planos de saúde. Dr. **Adriano**
439 **Matheis Londres**, da CNC, classificou como positivo o investimento crescente da ANS na
440 elaboração de informações por meio de indicadores. Chamou, contudo, a atenção para dois
441 pontos. No primeiro, relativo aos indicadores, observou que estes pareciam estar mais focados nos

aspectos operacionais e sugeriu a inclusão de indicadores que proporcionassem uma visão mais estratégica do setor, a exemplo do indicador de saúde financeira. O segundo ponto ressaltado pelo Dr. Adriano referiu-se à dificuldade de se estabelecer uma correlação entre o contrato de gestão e os indicadores propostos. Sugeriu, assim, que a Agência divulgasse como fora pensado o cruzamento de ambos os dados, bem como quais os resultados do contrato de gestão de 2005 e se estava prevista alguma mudança para 2006, conforme já fora sugerido na reunião anterior da CSS. Por fim, o representante da CNC sugeriu que a Agência tivesse a preocupação de manter certos critérios na avaliação dos indicadores, de modo que o mercado pudesse fazer uma análise de tendências dos diversos indicadores e produzir um retrato melhor da realidade. A Sr^a **Rosângela Souza**, da FARBRA, falou sobre a sua preocupação, na condição de profissional de comunicação social, sobre a importância de se obter a credibilidade da opinião pública e sugeriu que a divulgação dos resultados ocorresse de forma a melhorar a imagem negativa que vinha sendo projetada pela imprensa em relação à saúde suplementar. Dr. **Lúcio Rogério**, da FCFAS, parabenizou a Agência pela trajetória seguida em prol da regulação do mercado e destacou que a iniciativa de pesquisa de opinião complementava a qualificação institucional. Indagou a Dr^a Alexia Ferreira o porquê da denominação “credibilidade institucional” em substituição a “satisfação/conhecimento da ANS”, argumentando que esta última traduzia melhor o propósito de a sociedade como um todo conhecer o trabalho da Agência. Dessa perspectiva, ponderou que a “credibilidade institucional” seria o resultado e não a verificação desse trabalho. Dr^a **Alexia Ferreira**, Gerente-geral de Acompanhamento Institucional/DIGES, esclareceu ao Dr. Lúcio Rogério que o formato proposto em substituição à definição inicial das dimensões era resultado da adequação ao contrato de gestão. Admitiu, contudo, que esse novo formato precisava ainda ser acrescido de outros indicadores para que pudesse englobar todos os aspectos da credibilidade institucional. Acrescentou que essa denominação era uma forma de indicar a necessidade de aferir, para além de “satisfação e conhecimento”, a credibilidade que a ANS vinha alcançando junto aos diferentes públicos. Afirmou que tal aferição representava um desafio a ser alcançado, ao mesmo tempo em que reconheceu que, naquele momento, o perfil da dimensão estava mais próximo da versão anterior. Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, louvou a iniciativa da Agência em se auto-avaliar, cumprindo assim a política de qualificação da saúde suplementar, e solicitou prazo para que os membros da CSS pudessem avaliar melhor os indicadores e apresentar contribuições. Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, cumprimentou a Agência, em nome do segmento odontológico de grupo, pelo trabalho realizado e salientou que para ampliar a credibilidade deste os indicadores deveriam ser apresentados inclusive para a mídia, a fim de mostrar o crescimento do mercado de saúde suplementar. Referiu-se à fala do Dr. Adriano Londres, da CNC, para

corroborar a sua preocupação com a gestão estratégica da saúde como um todo. Defendeu, assim, a criação de indicadores estratégicos de governança corporativa e de indicadores econômicos, de modo a manter o equilíbrio de mercado, a exemplo do que ocorre com grandes e pequenas empresas de outros setores. Argumentou que sem a garantia de estabilidade financeira as empresas não conseguiriam atender a exigências da ANS em relação aos indicadores de operação e de qualidade. Dr. **José Carlos Abrahão**, da CNS, parabenizou a Agência pela atitude e coragem de se auto-avaliar. Sugeriu que fosse acrescentado indicador relativo ao número de usuários, com o objetivo de se mostrar a recuperação da gestão e a ação da ANS como um órgão regulador, de mediação do sistema. Encerrada a rodada de comentários, Dr. **Fausto dos Santos** aproveitou o momento para informar que em dezembro de 2005 a ANS contabilizara a marca de 42 milhões e 452 mil contratos, dos quais cinco milhões haviam sido celebrados entre o final de 2003 e o final de 2005. Acrescentou que, ao longo de 2005, mais de dois milhões de beneficiários haviam sido incluídos no cadastro da Agência. Na sequência, Dr. **Fausto** disse que estavam acatados os pedidos de vários membros no sentido de tempo maior para avaliação e comentários sobre os indicadores apresentados e colocou-se à disposição para receber as contribuições. Agradeceu as sugestões feitas e enfatizou esse era o objetivo da apresentação do tema naquela reunião. Assumiu, ainda, o compromisso de divulgar a nota da Agência em relação a 2005 tão logo a apuração estive finalizada.

ITEM III – ESCLARECIMENTO SOBRE OS TERMOS DE COMPROMISSO DE AJUSTE DE CONDUTAS – Dr. **Fausto dos Santos** passou a palavra ao Dr. **Aluísio Silva**, Secretário-geral da ANS, que destacou que o objetivo de sua apresentação era debater e esclarecer alguns pontos acerca do ação regulatória de fiscalização. Iniciou a sua fala a partir de conceito elaborado por Diogo Figueiredo Moreira Neto sobre a finalidade precípua da atividade regulatória estatal: “Proporcionar o máximo de eficiência na solução de problemas, avaliando, na dosagem necessária, para cada hipótese, as vantagens de flexibilidade negocial privada com o rigor da coercitividade estatal.” Dessa perspectiva, considerou que a fiscalização regulatória, além da aplicação de penalidades, possuía também a função de lançar mão de instrumentos capazes de lhe garantir flexibilidade na administração pública e possibilitar soluções de consensualidade. Apontou como instrumentos punitivos: a advertência, a multa pecuniária, a suspensão e a inabilitação do exercício do cargo, o cancelamento de autorização e a alienação de carteira. Afirmou que a regra geral para utilização desses instrumentos punitivos era para casos de processos inaugurados em decorrência de denúncias que tenham produzido lesão a direitos dos consumidores. Acrescentou que, todavia, esses instrumentos também poderiam ser aplicados nas hipóteses em que houve descumprimento de Termo de Compromisso para Ajustes de Condutas (TCAC), ou quando a Diretoria Colegiada julgasse mais adequado à preservação do interesse

510 público. Destacou, por outro lado, os instrumentos de flexibilidade consensuais: a reparação
511 espontânea – permitir que a ação reparadora do agente vá até um determinado momento de
512 modo a desativar a ação punitiva; e TCAC – compromisso do agente em cessar o descumprimento
513 da obrigação e ajustar a conduta passada, articulado ao compromisso da administração pública em
514 suspender o processo punitivo e não aplicar a penalidade caso o agente cumpra o TCAC. Dr.
515 Aluísio frisou que, no entanto, a idéia de suspensão não significava perdão e que estava sendo
516 examinada a possibilidade de utilização da reparação espontânea, nas infrações de natureza
517 regulatória, ocorrer até a lavratura do auto de infração. Ponderou que, por esta razão, após a
518 intervenção da Agência a reparação espontânea perdia o sentido, sobretudo no caso de infrações
519 relacionadas a acesso e garantia de atendimento. Nessa linha, descreveu a evolução do processo
520 fiscalizador realizado pela Agência: o início, em 2000, com a edição da RDC 24, que tipificou as
521 condutas e estabeleceu valores para a aplicação de penas pecuniárias; a fase 2 – a partir de 2002,
522 com a implantação do Programa Olho Vivo, que inaugurou a fiscalização pró-ativa da Agência, e
523 com representações encaminhadas pelas diretorias da ANS em decorrência da atividade de
524 monitoramento e acompanhamento do mercado; fase 3 – iniciada em 2005, com a construção de
525 procedimentos de negociação para o ajustamento de conduta que resultou no começo de
526 negociações com mais de 400 operadoras, sob a coordenação da Gerência de Fiscalização
527 Planejada, além da criação de grupo de trabalho entre as diretorias da Agência para revisão da
528 RDC 2004 com vistas a adequar o aparato de penalidades e coerção estatal; fase 4 – inaugurada
529 em 2006, com a aprovação dos procedimentos de negociação do ajuste de conduta, realizado em
530 11 de janeiro (o qual já havia). possibilitado a assinatura de 104 TCACs) e com a perspectiva de
531 aprovação imediata da revisão da RDC 24, que estabelecerá nova estrutura de penalidades,
532 adequada ao atual momento do setor. O Secretário-geral da ANS destacou que o TCAC, como
533 instrumento de fiscalização pró-ativa, visa obter de agentes regulados o cumprimento da obrigação
534 prescrita pelo uso do diálogo, do comprometimento e do consenso. Por esta razão, esclareceu que
535 não era possível utilizar o TCAC para infrações de falta de cobertura e de outras naturezas que
536 pusessem em risco a vida do consumidor. Lembrou, ainda, que o TCAC era uma opção da ANS e
537 assim, utilizado sempre que esta julgasse uma possibilidade de contornar um conflito em prol do
538 bem público. Dessa forma, uma vez celebrado o TCAC, a Agência suspendia o processo acionador
539 a partir do qual seria aplicada a penalidade e abria a possibilidade de obter cumprimento da
540 obrigação original ou de uma obrigação equivalente. Ressaltou que, para a Agência, a importância
541 do TCAC era incrementar a eficiência obrigatória; evitar o excesso de poder; facilitar a aceitação da
542 decisão; elevar o senso de responsabilidade dos administrados sobre a coisa pública; e garantir
543 maior aceitabilidade social. Citou que as condutas passíveis de utilização do TCAC eram as

544 seguintes, por Diretoria: DIPRO - não envio do SIP, contrato em desacordo com a legislação, não
545 comunicação de reajuste em planos coletivos, e ausência de indicação de coordenador médico;
546 DIDES - não envio de cadastro de beneficiários; e DIOPE - não envio das demonstrações
547 contábeis, não envio do DIOPS e exigência de exclusividade do prestador de serviço. Dr. Aluísio
548 descreveu o fluxo de procedimentos realizados na Agência para a celebração de um TCAC: a partir
549 do interesse da ANS em propor o Termo, a operadora é convocada pela DIFIS e consultada sobre
550 o desejo de firmar o instrumento; caso a resposta seja negativa, a tramitação do processo
551 prossegue até o julgamento; caso a operadora responda afirmativamente é feita a negociação do
552 ajustamento de conduta. Descreveu, ainda, as etapas dessa negociação: análise, em conjunto com
553 a operadora, quanto às obrigações e aos prazos necessários; elaboração das minutas do TCAC que
554 era submetida à anuência da operadora; encaminhamento do Termo à Diretoria Colegiada para
555 aprovação; celebração do TCAC; acompanhamento da Agência; verificação do cumprimento do
556 Termo; e elaboração do relatório final. Dr. Aluísio enfatizou que, caso o Termo não seja cumprido,
557 volta-se à discussão anterior, da punição. Informou que já haviam sido celebrados 104 TCACs, com
558 os seguintes objetos: cláusulas contratuais – 8; não oferecimento de planos de referência – 5;
559 exigência de exclusividade do prestador – 2; reajuste do plano coletivo – 2; não envio dos DIOPS –
560 20; não envio das demonstrações contábeis – 16; não envio do SIP – 18; e não autorização do SIB
561 – 17; e não envio de dados do coordenador médico - 16. Acrescentou que estes 104 termos
562 haviam sido negociados com 20 operadoras, sendo uma de medicina de grupo e 19 cooperativas;
563 na média, foram negociados cinco termos por operadora. Contou que a Gerência de Fiscalização
564 Planejada estava em negociação de ajuste de conduta com mais de 400 operadoras, sendo que
565 cada operadora estava negociando TCAC em relação a três assuntos distintos. Concluiu informando
566 que isso significava, no tal, 1.200 TCACs. Dr. Aluísio colocou a si como também a Gerente de
567 Fiscalização Planejada a disposição para esclarecimentos. Dr. **Fausto dos Santos** passou então a
568 palavra ao primeiro inscrito, Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, que solicitou esclarecimento
569 sobre como se daria a reparação espontânea: se por alguma razão específica ou por reclamação
570 do segurado; se esta podia ou não virar auto de infração; e se a Agência estaria examinando a
571 possibilidade de haver uma reparação antes da lavratura do auto de infração. Dr^a **Mercedes**
572 **Schumacher**, Gerente de Fiscalização Planejada, esclareceu ao representante da FENASEG que
573 estava sendo estudada a possibilidade de utilização da reparação espontânea em relação às
574 infrações de natureza regulatória, tendo em vista que, até aquela data, esse tipo de instrumento
575 ocorria somente quando não havia comunicação na Agência solicitando o cumprimento da
576 obrigação. Alertou, contudo que no caso de infrações de natureza assistencial a restrição estava
577 mantida, de modo que somente poderia ocorrer a reparação espontânea quando não houvesse

578 qualquer tipo de participação da Agência no cumprimento da obrigação. Dr. **Orestes Mazzariol**,
579 da UEME, perguntou como estava sendo negociado o TCAC em relação à exigência de
580 exclusividade dos prestadores, tendo em vista a quantidade de empresas de medicina de grupo e
581 de operadoras, em especial as UNIMEDs, que continuavam a não cumprir esse tipo de exigência.
582 Dr^a Mercedes esclareceu que a empresa era obrigada a alterar o estatuto com vistas a adequar-se
583 à exigência. A Sr^a **Rosângela Souza**, da FARBRA, indagou qual o critério adotado na negociação
584 de um TCAC em relação a “elevar o senso de responsabilidade” e como esse senso era definido.
585 Dr^a **Mercedes** explicou que quando a operadora se comprometia a ajustar a sua conduta
586 mediante um procedimento de negociação e não por um procedimento punitivo, a Agência
587 entendia que ela está elevando o senso de responsabilidade dos regulados. Dr^a **Renê Patriota**,
588 da ADUSEPS, referiu-se ao caso da empresa ASL que havia adquirido a carteira de outra operadora
589 em Pernambuco, para perguntar como a ANS fazia o controle junto às empresas quanto à
590 obrigatoriedade de existência de coordenador médico. Perguntou ainda: qual era a conduta da
591 Agência em relação às seguradoras que não mais ofereciam no mercado planos individuais apesar
592 de estarem registradas na ANS para oferecer estes e outros tipos de produtos; em relação a RDC
593 24, questionou o que vinha sendo feito para punir as operadoras que haviam cometido infrações à
594 lei, bem como qual o montante arrecadado com as multas; o que a ANS estava fazendo em relação
595 a cooperativas como as UNIMEDs, cujo estatuto previa exclusividade de prestadores de serviço e
596 na prática atuavam como operadoras; e quais eram as operadoras que já haviam pagado penas
597 pecuniárias. Dr^a **Mercedes** respondeu que, em relação ao coordenador médico e às outras
598 irregularidades apontadas pela Dr^a Renê, no momento em que a Agência tomava conhecimento
599 dos fatos as empresas eram autuadas. Disse que essa fiscalização era responsabilidade da
600 Gerência de Fiscalização Descentralizada e que os procedimentos de autuação e aplicação da
601 penalidade bem como da eventual adoção de TCAC eram rigorosamente os mesmos, independente
602 da origem da denúncia. Com relação ao montante de multas arrecadado e aos TCACs afirmou que
603 não dispunha, naquele momento, dos dados solicitados pela representante da ADUSEPS mas
604 comprometeu-se a enviá-los posteriormente. Dr. **Fausto** explicou que o acompanhamento do
605 registro de coordenadores médicos era feito pela DIPRO e que quando era detectado que uma
606 empresa não possuía coordenador médico, a DIPRO encaminhava representação para a DIFIS. No
607 caso da ASL, citado pela Dr^a Renê, a empresa, na condição de compradora da carteira da outra
608 empresa, havia assinado com a Agência um termo de compromisso (que era diferente do TCAC) e
609 passou a ser acompanhada especificamente dentro das cláusulas previstas. Dr^a **Mercedes**
610 complementou a explicação de Dr. Fausto frisando que a diferença entre o termo de compromisso
611 para situação específica e o TCAC estava no fato de este último tinha a ver com condutas que

612 podem melhorar o atendimento do consumidor e não com infrações. Dr^a **Renê** insistiu que a sua
613 pergunta não se referia a termo de compromisso e tampouco a TCAC mas ao fato de que a
614 empresa (ASL) não havia comprovado a exigência de um coordenador médico quando assinava o
615 termo de compromisso e que somente cumprira essa exigência devido à ação judicial impetrada
616 pela ADUSEPS. Dr. **Fausto** reiterou que quando uma empresa é fiscalizada e autuada ela pode, se
617 for de seu interesse, resolver a situação através de um TCAC; caso não seja, o trâmite prossegue e
618 a multa é aplicada na seqüência. Esclareceu, ainda, que no que se refere aos reajustes dos planos
619 antigos, as operadoras que haviam assinado termo de compromisso específico para reajuste
620 também haviam firmado TCAC para equacionar a infração de 2004. Quanto às seguradoras com
621 planos individuais registradas na Agência, Dr. Fausto revelou que elas possuíam também planos de
622 referência igualmente registrados. Dessa forma, como a Agência não regulava o preço estipulado
623 para o produto inicial das seguradoras, isso não caracterizava, até aquele momento, uma infração
624 aos normativos disponíveis para acompanhamento. Considerou, contudo, que essa questão já
625 havia sido discutida entre a ANS e as empresas. Dr^a **Renê** voltou a insistir que não estava
626 questionando o preço dos produtos iniciais dos planos para o consumidor individual mas sim o fato
627 de que, se as operadoras eram registradas para vender planos individuais e não o estavam
628 fazendo, por que nada acontecia a elas, qual era a posição da ANS. Dr. **Fausto** respondeu que os
629 produtos registrados tinham que ser vendidos, ao que a Dr^a **Renê** perguntou se, caso as empresas
630 não o fizessem, poderiam perder o registro na Agência. Dr. **Fausto** afirmou que a possibilidade de
631 perda do registro estava na lista das questões apresentadas pela Diretoria de Fiscalização. Em
632 seguida, passou a palavra ao Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, que se dirigiu à Dr^a Renê
633 para observar que o objetivo maior da Agência não era aplicar a penalidade pecuniária para
634 arrecadar, mas sim garantir o equilíbrio do setor, o bom atendimento dos usuários. Dessa forma,
635 considerou que, para um órgão de defesa do consumidor como o que ela representava, o mais
636 importante era o bom atendimento e não a preocupação com o montante arrecadado com multas,
637 uma vez que esse dinheiro não ia para o usuário e tampouco para qualquer associação, mas tão
638 somente para a Agência. Por esta razão, Dr. Egberto deu parabéns a ANS pela iniciativa de revisão
639 da RDC 24 e aproveitou a oportunidade para perguntar como seria aplicada a advertência prevista
640 no artigo 25 da referida RDC. Dr^a **Mercedes Schumacher** admitiu que, até aquela data, a
641 Agência ainda não estava aplicando essa advertência e afirmou que na revisão da RDC estariam
642 especificadas as circunstâncias e condições para tal. Reconheceu que com a revisão da RDC a
643 Agência estava ampliando a sua atuação, com a possibilidade de utilização de instrumentos tanto
644 punitivos quanto mais flexíveis. Dr. **Celso Corrêa de Barros**, da UNIMED, comentou que, com
645 referência às UNIMEDs, estas já haviam obtido inúmeras decisões favoráveis junto ao STJ no que

se refere à defesa da fidelidade associativa e que a ANS vinha orientando algumas cooperativas para que procedessem ajustes nos estatutos, quando fosse o caso. Dr. **Fausto** esclareceu que a Agência, em consonância com a legislação vinha autuado estas empresas, assinado TCAC e, em casos extremos, impetrado ações judiciais. Destacou o papel do TCAC nesse processo como uma alternativa para equacionar a questão junto ao sistema UNIMED. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, chamou a atenção para os comentários feitos em relação à dispensa de comercialização de planos individuais, tema que não fazia parte da pauta daquela reunião. Lembrou que todos na CSS deveriam agir como profissionais, pois tinham funções e responsabilidades no crescimento do setor, em vez de criar polêmicas. Pediu ao Dr. Fausto para reconsiderar o que fora dito, em face da instrução normativa que prevê o produto como comercialização suspensa. Justificou que, se os direitos de todos os segurados inscritos bem como as cláusulas contratuais que permitiam inclusão de dependentes (entre outras previsões legais) eram preservados, nenhuma operadora poderia ser obrigada a comercializar produtos sem poder contabilizar os prejuízos. Ressaltou que apesar do esforço feito na constituição de provisões técnicas, isso não estava sendo suficiente para equilibrar as diferenças entre a variação de custo médico-hospitalar e os reajustes que vinham sendo autorizados pela ANS. Dr. Márcio reiterou, assim, o pedido ao diretor-presidente da ANS para que as anotações feitas em ata fossem revistas a fim de não mais haver confusões sobre a suspensão da comercialização de planos individuais. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, sugeriu que o assunto fosse incluído na pauta da próxima reunião da CSS. **ITEM 4 – BALANÇO DO TISS** - Dr^a **Jussara Macedo Pinho Rotzsch**, Gerente de Padronização de Informações, da DIDES/ANS, frisou que o objetivo da sua apresentação era fazer um balanço do projeto TISS e dirimir as dúvidas observadas em relação à sua implementação. Destacou que o TISS surgira do entendimento de que a ANS, a partir da identificação de necessidades de mercado, poderia intervir a fim de melhorar a eficiência deste, bem a qualidade da atenção e da segurança para o beneficiário. Prosseguiu apontando os dois principais objetivos do projeto: a simplificação administrativa, por meio da qual se pretende criar um padrão único para todo o mercado, visando trocar informações com prestadores e operadores de serviço de saúde; e a integração de informações do sistema suplementar e do Ministério da Saúde, de modo a articular as informações de saúde do Brasil, visando melhorar o planejamento, a avaliação e a formulação de políticas, como também conhecer a população beneficiária. Contou que o projeto fora iniciado em 1999, na época do DESAS, ocasião em que foram identificadas as áreas da ANS em que se deveria investir em pesquisa ou implantação de ações voltadas para as necessidades do mercado. Acrescentou que o projeto começara a ser desenvolvido efetivamente em 2003, a partir da criação de grupo interno de trabalho, que realizou a revisão da bibliografia nacional e internacional sobre padrões; a revisão da

680 legislação relacionada ao padrão proposto com ANS, Anvisa e Ministério da Saúde; bem como o
681 estudo e sistematização dos padrões existentes no CNS, CNES, SIM, SINASC, SINAN, CIH, SIH/SUS
682 E SIA/SUS. Acrescentou que como parte desse processo haviam sido realizadas visitas técnicas a
683 prestadores, hospitais, clínicas odontológicas e serviços de apoio, diagnóstico e terapia, com o
684 objetivo de fazer levantamento, sistematização e análise dos guias e formulários utilizados por
685 operadoras para troca de informações com prestadores. Dr^a Jussara contou que fora feito um
686 cruzamento entre esses guias, o sistema de informação da ANS e os sistemas públicos para
687 mapeamento das informações trocadas, o que resultara na elaboração e testagem de um
688 aplicativo, pela DIDES em parceria com a DIPRO/ANS. Relatou que o passo seguinte foi a
689 divulgação desse aplicativo no mercado, por meio da realização de oficinas, das quais cinco haviam
690 sido patrocinadas pela ANS e as demais solicitadas por operadoras e prestadores. Dr^a Jussara
691 aduziu que esse trabalho possibilitou a aproximação entre ANS e prestadores, de forma que com
692 base nas sugestões e críticas colhidas durante as oficinas a Agência produzira o padrão final,
693 colocando-o sob consulta pública (CP 21). Revelou que essa consulta resultara em 120
694 contribuições, cuja consolidação gerou a Resolução Normativa nº 114, publicada em 24 de outubro
695 de 2005, que instituiu o padrão TISS, que abrange quatro conjuntos de padrões de guias
696 simplificadas e de comunicação eletrônica. Explicou que os prestadores terão prazos diferenciados
697 para iniciar a troca de informações por via eletrônica; e que o projeto não incluiu a padronização
698 de todas as tabelas, em razão da ausência de nomenclaturas mais específicas referentes aos
699 procedimentos propriamente ditos e não somente aos respectivos valores. Chamou a atenção para
700 a importância de leitura, pelos técnicos envolvidos na implantação do TISS em operadoras e
701 prestadoras, da Instrução Normativa, publicada em 17 de novembro de 2005, que traz orientações
702 específicas e detalhadas sobre a utilização do padrão TISS. Alertou também para a Instrução
703 Normativa de 17 de fevereiro de 2006, que define a forma de composição dos grupos de trabalho
704 dentro do Comitê de Padronização da Informação de Saúde Suplementar (COPISS), instituído pela
705 RN 114. Apontou como atribuições desse Comitê: supervisionar, coordenar, estabelecer prioridades
706 e propor melhorias no padrão TISS; estabelecer e promover metodologia de divulgação das
707 informações do padrão; revisar e aprovar termos e classificações utilizados no TISS; promover,
708 fomentar e recomendar estudos relacionados à padronização das informações em saúde
709 suplementar, baseados nos padrões nacionais e internacionais; identificar, propor e coordenar
710 modificações necessárias aos sistemas de informação da saúde suplementar, sob coordenação da
711 ANS, para adequação aos padrões consensuados e aos sistemas de informação do MS; e propor
712 padrões metodologias para proteger e melhorar a confidencialidade, disponibilidade e integridade
713 da informação em saúde suplementar, bem como boas práticas para o seu gerenciamento seguro.

714 Dr^a Jussara informou que a próxima etapa do projeto TISS incluía a realização de oficinas em cinco
715 capitais (Rio de Janeiro, Brasília, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo), escolhidas em função do
716 tamanho do mercado de saúde suplementar. Ressaltou que essas oficinas teriam início a partir de
717 28 de abril de 2006, quando se encerraria o prazo de 360 dias, contados desde a data de
718 publicação da RN 114, que a ANS concedera às operadoras para adequação à Resolução.
719 Informou, ainda, que a divulgação do TISS também ocorreria em eventos organizados pela própria
720 ANS, como as Oficinas ANS, ou organizados por operadoras e prestadores. Destacou os canais de
721 comunicação com o usuário – um *hotsite* sobre o TISS que traz toda a documentação, conceitos,
722 legislação e arquivos para *download*, assim como o “Fale Conosco”, disponível desde a semana
723 anterior. Comentou que em razão do tamanho do mercado – perto de duas mil operadoras e de
724 400 mil prestadores – seria mais produtivo que as empresas se articulassem no âmbito de suas
725 entidades representativas, de modo que as dúvidas pudessem ser mais bem sistematizadas e,
726 assim, facilitar e agilizar as respostas e esclarecimentos por parte da ANS. Frisou que o TISS é um
727 padrão nacional e que sua utilização não mudaria em função das localidades. No que se refere às
728 dúvidas mais frequentes recebidas pela Agência, Dr^a Jussara informou que estavam relacionadas
729 às eventuais modificações após o prazo de 360 dias. Ela assegurou que qualquer modificação
730 (como a inclusão de novo campo) somente seria introduzida depois desse prazo. Contou que as
731 sugestões apresentadas estavam sendo adotadas e, na oportunidade, solicitou aos representantes
732 de operadoras e prestadores de serviço presentes que, após o encerramento daquela reunião, o
733 obséquio de participar de uma breve reunião com ela sobre a indicação dos respectivos
734 representantes do COPISS. No que se refere à alteração do padrão, informou que estava sendo
735 estudado um pedido de re-escalonamento do prazo, o qual já fora aprovado pelo presidente e
736 pelos membros da diretoria colegiada e se encontrava na procuradoria geral para avaliação.
737 Antecipou que seria também estendido o prazo para prestadores (hospitalar, clínicas e
738 laboratórios) bem como a publicação de nova instrução normativa com a inclusão de mais um
739 campo nos códigos de glosa, a pedido de algumas operadoras. Informou que a implementação de
740 melhorias no padrão não seria possível, contudo, em razão das necessidades de negócios,
741 recomendou que as operadoras colocassem tais informações como anexos ou como guia
742 específica. Com relação aos próximos passos, destacou a criação de um comitê consultivo
743 permanente e a oferta do AplicaTISS – aplicativo com código-fonte e gratuito destinado a
744 operadoras e prestadores cadastrados que não possuem sistema de informação revelou que além
745 do AplicaTISS, fora elaborado um outro aplicativo, o TISSnet, um gerenciador de XML destinado às
746 operadoras que ainda realizavam trocas eletrônicas com outras utilizando outros padrões. Ainda
747 em relação às etapas futuras do TISS, Dr^a Jussara mencionou a implantação de projetos

748 relacionados ao TISS, com o objetivo de avaliar o impacto antes e depois da padronização, bem
749 como realizar estudos de casos. Comentou que como parte desses estudos, alguns hospitais de
750 São Paulo fariam o levantamento econômico e que a própria comparação entre o faturamento e a
751 economia em termos de custo operacional. No que se refere aos desafios do TISS, Dr^a Jussara
752 apontou a operacionalização do processo, alertando para a necessidade de a ANS continuar a
753 aproximação com o mercado por meio de suas entidades representativas como também destacou
754 o aumento da participação do setor odontológico. Nessa linha, apontou igualmente a necessidade
755 de intensificar a capacidade de fiscalização, ressaltando o trabalho interno conjunto com a DIFIS
756 na criação de um módulo TISS dentro da fiscalização planejada e a importância de acompanhar
757 essa implantação e identificar as dificuldades operacionais a fim de adotar medidas para o ajuste
758 destas. Por fim, referiu-se à proposta de um plano de incentivos, no sentido de vincular a
759 padronização o fornecimento da informação ao programa de qualificação da ANS, sob a
760 perspectiva de que informação é insumo e que a regulação não se faz sem informação. Dr. Fausto
761 passou a palavra aos inscritos. Dr. **Orestes Mazzariol**, da UEME, fez uma alusão ao título do livro
762 “Duas Faces da Mesma Moeda – Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar –
763 ANS” para louvar a iniciativa de reunir “as duas faces da mesma moeda”: a micro e a macro
764 regulação. Comentou sobre o tamanho e as singularidades do mercado de saúde suplementar para
765 expressar o seu temor de o TISS caracterizar-se como forma de interferência do Estado na micro
766 regulação. Mencionou trechos do referido livro, fazendo comparações com as ações da ANS, ao
767 mesmo tempo em que sugeriu a realização de um fórum, organizado pela Agência, que reunisse
768 conjunto representativo de atores do setor com o objetivo de discutir as dificuldades de inter
769 relacionamento, sob a perspectiva de participação de cada ator no crescimento do mercado.
770 Considerou que esse fórum deveria anteceder a constituição de um comitê mais fechado como o
771 COPISS, cuja formação vinha definida como força de lei, o que dificulta eventuais ajustes. Dr.
772 **Fausto** observou que o referido livro, cujo conteúdo era bastante importante para o setor, tratava-
773 se de publicação assinada e, portanto, carregava em conceitos e opiniões pessoais do autor.
774 Esclareceu ainda que a Agência já interferia nos mecanismos de regulação entre operadoras e
775 prestadores por meio de resoluções, que definiam quais os critérios que podem ser utilizados ou
776 não no mecanismo de regulação. Aduziu que o TISS não era instrumento de intervenção na micro
777 regulação, ou tampouco um subterfúgio para tal, mas sim uma ferramenta de apoio à gestão das
778 empresas, de modo a possibilitar-lhes um conhecimento mais preciso da população beneficiária.
779 Defendeu que a Agência, como parte de sua função reguladora, tinha que intervir nos mecanismos
780 micro regulatórios, mesmo que fosse por indução. Em seguida, passou a palavra ao Dr. **Samir**
781 **Bittar**, da AMB, que reiterou reivindicação apresentada anteriormente pela entidade quanto à

782 necessidade de unificação da nomenclatura de códigos. Destacou que a base de todas as tabelas
783 adotadas até então tivera sua origem a partir da CBHPM, em razão da qualificação e metodologia,
784 sob o ponto de vista técnico. Acrescentou que era desejo da AMB ampliar a participação de setores
785 no processo de implantação da CBHPM. Falou sobre o empenho da entidade em fazer com que a
786 CBHPM fosse consolidada, por intermédio do projeto de lei 3.466, que estava para ser votado em
787 regime de urgência, tendo sido incluído na pauta de votação extraordinária do Congresso Nacional,
788 mas que acabou não sendo votado. Relatou que a AMB buscara um ajuste de interesses de todos
789 os segmentos, inclusive a ANS, mas que esta teria criado alguns obstáculos os quais acabaram por
790 inviabilizar a votação. Dirigindo-se ao Dr. Fausto, declarou que esse fato não havia absolutamente
791 contribuído para o aprimoramento da relação de confiança com a Agência, pois no entendimento
792 da AMB e do CFM, todas as apreciações pertinentes ao referido projeto de lei já haviam sido feitas
793 e entendidas como aprovadas. Comentou ainda sobre a necessidade de haver iniciativas mais
794 concretas para que as diferenças de entendimento de conceitos – a exemplo da polêmica em torno
795 de valoração e arbitragem – pudessem ser compatibilizadas de forma a fazer o setor avançar em
796 busca de maior equidade. Dr. **Álvaro Pinto**, do CFM, substituto, afirmou que a Agência havia
797 trabalhado por muito tempo somente focada na questão econômica do relacionamento com o
798 mercado e, por esta razão, estava satisfeito em constatar que a assistência passava a ganhar uma
799 atenção maior dentro do órgão. Argumentou que à medida que esse foco se dirigia mais para a
800 ponta do sistema, os procedimentos podiam interferir – e já estavam interferindo – dentro da
801 atividade regulatória de outros segmentos, principalmente as autarquias de fiscalização e regulação
802 profissional, a partir do momento que essa interferência da Agência atingia o exercício profissional.
803 Afirmou que já identificava esse tipo de situação no âmbito do projeto TISS, em relação a
804 confidencialidade dos dados pessoais e defendeu que deveria haver um trabalho exaustivo com o
805 fim de garantir essa confidencialidade dentro do TISS. Revelou, ainda, que existia uma divergência
806 de normas entre a ANS e as instâncias regulatórias profissionais, uma vez que a jurisdição das
807 atividades estava concentrada nos estados e no Distrito Federal, e que os conselhos federais não
808 realizavam qualquer tipo de fiscalização e controle dos dados. Enfatizou que essa responsabilidade
809 jurisdicional devia ser acatada pela Agência no sentido de identificar as responsabilidades
810 individuais dos profissionais, na condição de representantes técnicos nas operadoras de saúde,
811 como também verificar a existência de condições operacionais para que os dados gerados em
812 consultórios, em especial de dentistas e de médicos, pudessem efetivamente ser inseridos nos
813 sistemas de informação. Finalizou sugerindo a avaliação do TISS durante as reuniões previstas
814 para 2006 assim como das situações que iriam surgir no decorrer desse processo. Dr. **Fausto**
815 retomou a palavra e fez consideração sobre o fato mencionado pelo Dr. Samir, relativo ao projeto

816 de lei 3.466. Enfatizou que em nenhum momento a ANS colocara obstáculos e esclareceu que fora
817 inquirido à Agência se haveria questões operacionais em relação ao projeto e que, em resposta,
818 foram levantados dois aspectos. O primeiro, em relação à constitucionalidade de a Agência, na
819 condição de órgão regulador, definir honorários e valores de procedimentos; o segundo, em
820 relação ao fato de a Agência ser o árbitro. Dr. **Fausto** argumentou que em relação ao primeiro
821 aspecto havia um parecer jurídico, e que em relação ao segundo, a operacionalização seria
822 extremamente complexa para a Agência, e que possivelmente seria necessário dispor de outro
823 órgão para realizar para dar conta da arbitragem. Ressaltou que fornecera contribuições para
824 subsidiar o relator da matéria, deputado Nelson Pelegrino, no sentido de equacionar essas duas
825 questões. Contou que na ocasião, a presidência do CFM alegara o rompimento de algum tipo de
826 redação que teria sido acertada anteriormente e afirmou que não falara coisa alguma ao
827 presidente do CFM e que nunca ocultara o posicionamento da Agência naquele processo.
828 Prosseguindo a reunião, passou a palavra ao Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, que elogiou o
829 trabalho da Dr^a Jussara no esclarecimento de dúvidas e comentou sobre a complexidade do
830 trabalho de operacionalização do TISS, tanto no âmbito da rotina das operadoras, como no que se
831 refere à informática. Ponderou que o critério de representatividade das operadoras no COPISS –
832 duas vagas – precisava ser revisto, tendo em vista as diferenças entre seguradoras, medicinas de
833 grupo, cooperativas e autogestão. Alegou que seria complicado eleger duas pessoas que pudessem
834 representar, ao mesmo tempo, os interesses de cada segmento. Solicitou, ainda, esclarecimento
835 quanto à possibilidade de ampliação dos prazos do TISS hospitalar e do TISS clínicas e
836 laboratórios. Argumentou que a FENASEG era favorável ao TISS, mas que era preciso manter o
837 bom senso e a flexibilidade para que essa iniciativa pudesse alcançar os objetivos propostos. Dessa
838 forma, exortou a Agência a conceder um prazo mais factível para todos os segmentos envolvidos.
839 A Sr^a **Rosângela Souza**, da FARBRA, perguntou se o Conselho Nacional de Saúde estaria
840 presente no COPISS. Dr. **Fausto** respondeu que não, ao mesmo tempo em que lembrou a decisão
841 do plenário do CNS de não mais se fazer representar em qualquer conselho técnico ou câmara
842 setorial, pois to ponto de vista da hierarquia o plenário entendia que o CNS constituía um fórum
843 acima dos demais. Além disso, um representante do CNS na CSS poderia ser de qualquer
844 segmento (operadora, hospital, entidade médica ou usuário) e, com isso, poderia compor uma
845 nova representação. Dr. Fausto acrescentou que a decisão do CNS estendia-se também aos grupos
846 técnicos do Ministério da Saúde. Dr^a **Jussara Rotzsch** complementou a fala do Dr. Fausto
847 esclareceu que o COPISS era um espaço para tratar de assuntos específicos da relação entre
848 operadoras e prestadores. Dessa forma, aduziu que cabia ao representante do Ministério da Saúde
849 no COPISS a prerrogativa de levar para o CNS as questões da saúde suplementar, promovendo

850 assim a integração entre os dois fóruns. A Sr^a **Rosângela** destacou que, tendo em vista o
851 fortalecimento do controle social, era importante a participação do usuário em outros fóruns do
852 setor saúde além do CNS, considerando-se o parâmetro de paridade do segmento nas discussões
853 da gestão do sistema de saúde, no âmbito dos conselhos de saúde. Comentou também sobre o
854 compromisso de gestão corporativa e cidadania, que passara a existir em determinadas empresas
855 com o objetivo de desenvolver o controle de qualidade e defendeu que a participação do controle
856 social como essencial ao processo de discussão acerca da confidencialidade dos dados pessoais.
857 Destacou o trabalho que o Ministério da saúde vinha realizando junto aos conselhos de saúde a fim
858 de oferecer embasamento técnico para participar, de forma qualificada, dos debates do setor.
859 Concluiu afirmando que a participação ativa é importante para a evolução da qualidade tanto do
860 cliente quanto do prestador de serviço. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, recordou que na reunião
861 de lançamento do TISS, no ano anterior, ela já havia questionado sobre a não participação do
862 usuário nas discussões do projeto. Defendeu que os usuários assim como as entidades de defesa
863 do consumidor deveriam estar presentes tanto no COPISS quanto na discussão sobre a
864 confidencialidade dos dados, pelo fato de que as informações a serem utilizadas dizem respeito
865 principalmente ao usuário. Referindo-se ao projeto de lei 3.466 declarou que se a ANS assumisse o
866 rol de procedimentos como uma prioridade, esse projeto estaria excluído, pois não seria necessário
867 depender do Congresso para decidir sobre um tema que já havia sido estudado e debatido à
868 exaustão pelas entidades médicas como fora o rol de procedimentos. Frisou que o fato de a ANS
869 não implantar o rol fere frontalmente não só o interesse da categoria médica mas também o
870 interesse do consumidor. Alegou que esse assunto era da competência da Agência e das entidades
871 envolvidas e que, portanto, não deveria ser tratado pelo Congresso Nacional. Com relação ao TISS,
872 observou que existia um conflito muito grande na troca de informações, pois como não havia
873 definição sobre o rol de procedimento já existia uma dificuldade prévia para que essa troca
874 acontecesse. Apontou como outra questão crítica do TISS a privacidade do paciente e alertou para
875 o fato de que na lei 9.656, que estabelece a criação da CSS, fora prevista a representação do CNS,
876 de forma que a decisão do plenário do CNS estava equivocada. Dr^a **Renê** questionou ainda qual
877 era o objetivo de toda a discussão que vinha se desenvolvendo na CSS e salientou que era preciso
878 reavaliar o foco da saúde suplementar: no caso de se valorizar a saúde, então a discussão deveria
879 caminhar em torno dos aspectos mais amplos do bem-estar e das necessidades individuais; caso
880 contrário, seria inevitável o contínuo movimento de avançar e recuar, ao sabor dos interesses
881 particulares dos segmentos. Finalizou exortando que nenhum segmento fosse excluído da
882 discussão sobre o TISS. Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, reafirmou a necessidade de um
883 adequado levantamento e análise dos dados referentes aos atendimentos prestados de modo a

884 torná-los mais consistentes e que esse era o grande problema da saúde suplementar no momento,
885 que poderia ser resolvido com a devida implantação do TISS. No que se refere ao COPISS,
886 considerou que o ideal seria que cada segmento tivesse assento no comitê e manifestou apoio à
887 proposta de prorrogação de prazos para a comunicação entre operadoras e hospitais, clínicas e
888 médicos, apresentada pelo representante da FENASEG. Solicitou esclarecimento à Dr^a Jussara se
889 as críticas e sugestões ao TISS seriam analisadas pelo COPISS e se as mudanças ocorreriam
890 somente a partir de outubro de 2006, quando se completaria o prazo de um ano após a publicação
891 da resolução. Sugeriu também que a ANS desse retorno aos segmentos quanto aos pontos sobre
892 os quais eram solicitados ajustes, relatando que a UNIDAS fizera alguns ofícios e contribuições,
893 sem retorno da Agência. Perguntou, assim, se esse retorno seria dado por intermédio do COPISS.
894 Dr. **José Carlos de Moraes**, do Ministério da Saúde, destacou que a discussão do projeto de
895 informação estava subordinada a um dos temas integrantes da Conferência Nacional de Saúde:
896 estabelecer um sistema nacional de informações por meio da adoção de um conjunto de padrões
897 mínimos de captura e de circulação de informações, que permita a elaboração e análise da
898 situação de saúde do país como um todo. Falou sobre a diversidade do sistema de informação
899 existente na esfera pública, formado por sistemas de padrões diferentes de várias ordens. Chamou
900 a atenção para a importância de se articular um conjunto mínimo dessas informações, de modo a
901 permitir uma análise de conjuntura e até análise de situação de morbidade e mortalidade.
902 Observou que esse tipo de sistema, desde que construído em padrões organizados, não iria ferir
903 qualquer direito ou mesmo violar a privacidade de algum profissional e tampouco do cidadão.
904 Enfatizou que o TISS trabalha com o conjunto de informações e de tabelas relacionadas e co-
905 relacionadas, o que permite fazer a análise de conjuntura e de situação, o que significava um
906 grande avanço. Ressaltou que a construção do TISS havia determinado que o sistema nacional de
907 saúde adotasse o mesmo sistema do CNES como padrão de identificação, o que fizera com que o
908 DATASUS/MS alterasse o sistema de cadastro para admitir as unidades individuais (consultórios
909 médicos e odontológicos) como estabelecimentos de saúde. Revelou que isso resultara na criação
910 de conjunto de padrões de informação que sustentaria qualquer análise de dados sem ferir qualquer
911 preceito de privacidade ou o direito dos usuários. Acrescentou que essa política fora discutida no
912 CNS e aproveitou a oportunidade para explicar que o CNS, ao decidir não mais participar de
913 reuniões técnicas, não estava abrindo mão de analisar e deliberar sobre o mérito das políticas de
914 saúde, mas que era impossível aos seus membros participar de todos os outros espaços onde essa
915 discussão ocorria. Com relação ao TISS, o representante do Ministério da Saúde enfatizou que a
916 definição dos padrões constituintes do sistema de informação, ao contrário do que muitos pensam,
917 antecedia a definição das metodologias necessárias à construção propriamente dita do sistema

918 (interfaces com a produção de cada operadora de serviço; informações essenciais para análise;
919 modos de captura e processamento dessas informações). Lembrou que o rol de procedimentos
920 defendia qual o sistema de informação a ser adotado e que isso era extremamente relevante.
921 Concluiu salientando que a CSS fazia parte de um outro comitê nacional, que era um grupo técnico
922 de informação e informática, subordinado à Comissão Tripartite e ao Conselho Nacional de Saúde,
923 o qual possuía, por sua vez, uma câmara técnica específica. Dr. **Fausto dos Santos** retomou a
924 palavra para esclarecer que a revisão do rol de procedimentos realizada em 2004 tivera o objetivo
925 de compatibilizar o rol da CBHPM. Acrescentou que estava em funcionamento na Agência um
926 grupo técnico de trabalho com a participação das entidades médicas, hospitalares e operadoras,
927 com o propósito de realizar a revisão do rol para 2006, cuja proposta seria colocada em consulta
928 pública até o mês seguinte. Informou ainda que um outro grupo técnico estava discutindo a
929 incorporação da odontologia, cuja proposta resultante seria colocada em consulta pública
930 imediatamente após a anterior. Ressaltou que essas iniciativas faziam parte do esforço de
931 compatibilização bem como de busca de aprimoramento e atualização do rol empreendido pela
932 Agência. Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, perguntou se já fora cogitada a inclusão, na
933 pauta de discussão do COPISS, de como o TISS poderia incorporar a tendência do mercado de
934 remuneração por pacotes. Na sequência, Dr. **Fausto** passou a palavra à Dr^a **Jussara Rotzsch**,
935 que se dirigindo ao Dr. Squillaci respondeu que no levantamento feito pela Agência sobre o
936 funcionamento do mercado fora identificada a existência de tabelas próprias bem como a captação
937 e oferta de pacotes. Comentou que esse aspecto necessitava de uma discussão técnica mais
938 aprofundada e frisou que o rol e que todas as informações demandadas pela ANS estavam ainda
939 relacionadas aos procedimentos. Dr. **José Leôncio Feitosa**, diretor da DIDES/ANS, reforçou que
940 o TISS era um projeto que vinha amadurecendo havia alguns anos, no sentido de ouvir o conjunto
941 de agentes e atores do setor, tanto nas discussões pelo país, como em consulta pública e em
942 reuniões técnicas. Considerou que, sob esse aspecto, ele estava pronto. Afirmou que o COPISS era
943 um comitê estritamente técnico para onde poderiam convergir propostas provenientes da CSS, do
944 Ministério da Saúde ou da própria Agência e de outros setores, mas que a decisão pela
945 incorporação ou não de novos campos de alterações ou outras mudanças será tomada somente
946 pela diretoria colegiada. Comentou que a idéia de formação do comitê era a de proporcionar
947 espaço para contribuições e sugestões. Acrescentou que depois de ouvir os comentários dos
948 presentes, reconhecia que o comitê ficara muito restritivo e revelou que acaba de conversar com o
949 Dr. Fausto a respeito. Anunciou, assim, seria feita uma revisão em relação à representação dos
950 segmentos de operadoras e prestadores, a fim de contemplar as diferenças apontadas. Salientou,
951 contudo, que a idéia não era repetir o formato da CSS. Dr. Fausto dos Santos passou ao último

ponto de pauta, convidando os técnicos César Cardim e Everardo Braga para apresentar o tema.

ITEM 5 – BALANÇO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – Dr. **César Sérgio Cardim Júnior**, Assessor especial da DIOPE/ANS, disse que iria fazer uma atualização dos dados referentes ao processo de autorização e funcionamento das operadoras. Fez uma breve introdução sobre a fundamentação legal – os artigos 8, 9 e 10 da lei 9.656/98, a RN 85/2004, alterada pela RN 100/2005 - e destacou que o trabalho realizado com as operadoras que haviam respondido aos ofícios enviados pela Agência fora dividido em dois blocos: *autorização de funcionamento*, para aquelas que iniciaram imediatamente o processo; e *cancelamento*, para aquelas que perderam os prazos ou que efetivamente não iniciaram esse processo. Revelou que a aplicação da norma fora feita para aquelas operadoras que já possuíam registros provisórios e para as que haviam acabado de pleitear a entrada no mercado (as “novas entrantes”). Explicou que por uma questão operacional, os documentos já existentes em processos de registro provisório haviam sido aproveitados na tentativa de agilizar o processo, o que efetivamente ocorreu. Acrescentou que em torno de 150 operadoras que estavam nessa fase de análise haviam sido analisadas à luz da RN 100, e assim as que possuíam registro deveriam seguir o Anexo IV e as “novas entrantes”, o Anexo I. Chamou a atenção para o fato de que, conforme dados de 2003 e 2004, uma média de 100 a 150 empresas pediam registro na ANS mas que depois de instituída a norma (em dezembro de 2004) e considerando os dados até data, 44 empresas haviam solicitado registro, das quais somente oito haviam passado pelo *check list* inicial previsto na norma. Explicou que dentre as 36 que haviam recebido de volta a documentação entregue, poucas haviam retornado os documentos completos à Agência. Considerou essa situação como um refinamento de entrada no mercado e atribuiu a um amadurecimento em termos de normativo. No que se refere às “novas entrantes”, indicou que elas tinham de seguir, basicamente, os critérios previstos: registro de operadora; registro de produto; e plano de negócios. Em seguida, apresentou dados atualizados das operadoras que haviam recebido os Ofícios Circulares de N^{os} 001 e 002/DIOPE/ANS/MS (total de 2.008 cópias), destacando que o conteúdo destes era basicamente o mesmo e que a diferença estava no fato de que o segundo ofício fora enviado para 48 operadoras que estavam com endereço da sede inválido. Relatou que o universo atual era de 1.612 operadoras, das quais 138 não haviam respondido adequadamente (esclareceu que das 141 inicialmente contabilizadas, três haviam confirmado o envio da documentação até a data de 06/12/2005); 119 estavam em processo de cancelamento; 8 não enviaram qualquer resposta; 107 tiveram seus registros cancelados; e 24 não foram localizadas pelos Correios. Prossegui apresentando a distribuição das 1.612 operadoras por modalidade bem como das 138 que não haviam respondido aos referidos ofícios e que se encontravam em processo

de efetivação do cancelamento. Explicou que destas, 63 não tinham beneficiários informados e que, no caso daquelas com beneficiários informados, estavam sendo realizados os procedimentos previstos no artigo 35 da norma, que trata da transferência de carteira, cancelamento e finalização desse processo. Destacou que, de acordo com o monitoramento do processo de autorização de funcionamento realizado pela Agência, o quadro era o seguinte: 1.612 respostas ao ofício 001; análise das respostas de 1.566 empresas; emissão de 1.513 ofícios de pendências; 1.116 respostas ao ofício 002; 866 análises das respostas ao ofício 002; 727 ofícios de pendências. Observou que a Agência considerava como resposta a situação em que a operadora efetivamente atendia aos itens do ofício. Ressaltou que muitas vezes no processo de análise, apesar de as empresas enviarem os documentos conforme solicitado no ofício, ao se refinar a análise novas pendências podiam ser identificadas, ainda que nem sempre estejam diretamente relacionadas á operadora mas a terceiros, a exemplo de registro em conselho, questão societária etc. Revelou que do universo de 1.116, a Agência já havia analisado 71 das respostas viáveis de análise, tendo gerado 724 ofícios de pendências – número que considerava ruim pois a expectativa era de não mais haver pendências na terceira rodada. Acrescentou que 97 operadoras haviam obtido registro, assim distribuídas por modalidade: administradora (5), autogestão não patrocinada (2), autogestão patrocinada (16), cooperativa médica (8), cooperativa odontológica (6), filantropia (1), medicina de grupo (29), odontologia de grupo (29) e seguradora especializada em saúde (1). Comentou sobre as dificuldades do processo de análise da documentação em razão dos variados tipos de pendências, citando como exemplo o fato de que nos meses de janeiro e fevereiro de 2006 ocorrera uma devolução de cerca de 300 documentos incompletos (índice de 75%) apresentados por empresas, dentre o conjunto de 724 que haviam recebido o ofício de pendências nº 003. Outras pendências freqüentemente observadas eram o reenvio de DIOPS (40%), registro de Pessoa Jurídica no Conselho Regional de Medicina ou no Conselho Regional de Odontologia (34%); pagamento de taxa - TRO ou TAO – (27%); cumprimento da RN 11 (26%); parecer de auditoria para publicação das documentações contábeis (21%); adequação do objeto social - problema mais peculiar de autogestões e filantropias - (17%); unimilitância (16%); garantias financeiras (13%). Dr. César comprometeu-se em fornecer aos representantes de classe a listagem, nominal, das 97 operadoras que já tinham recebido o registro e a autorização de funcionamento e chamou a atenção para o número significativo, em termos percentuais, do registro dos setores de medicina e de odontologia. Ressaltou alguns procedimentos que a operadora deve estar atenta enquanto o processo de autorização de funcionamento encontra-se em tramitação, tais como: regularizar a situação do registro de produto junto a DIPRO; estar regular na DIDES quanto ao envio do Cadastro de Beneficiários; e estar adimplente quanto ao pagamento da Taxa de Saúde

1020 Suplementar (DIGES). Sublinhou que estes dois últimos itens eram também impeditivos à
1021 autorização de funcionamento. Por último, falou sobre os prazos finais estabelecidos na RN 100, e
1022 sobre as consequências do não atendimento aos critérios e procedimentos ali definidos. Citou
1023 como exemplo o fato de que 141 operadoras estavam em situação irregular junto a ANS pelo não
1024 cumprimento do disposto no artigo 35 e que, até aquela data, 138 estavam sujeitas à transferência
1025 compulsória da carteira e, portanto, ao cancelamento do registro provisório. Lembrou que a
1026 agência trabalhava com prazos fixos e comunicou que toda documentação incompleta estava
1027 sendo devolvida. Assegurou que seria permitida mais uma prorrogação do prazo e, no caso de
1028 reincidência, a conduta seria o indeferimento do processo de autorização, cancelamento de registro
1029 provisório e transferência de carteira. Dr. César finalizou admitindo a possibilidade de abertura de
1030 novo processo, desde que a empresa apresentasse a documentação completa, observando o
1031 cumprimento integral do Anexo 1 da RN 100. Na sequência, Dr. **Fausto dos Santos** passou a
1032 palavra ao Dr. **Everardo Cancela Braga**, da Gerência-Geral de Estruturas e Operação de
1033 Produtos/DIPRO, para falar sobre o registro de planos na concessão de autorização de
1034 funcionamento das operadoras de planos de saúde. Dr. Everardo discorreu sobre a
1035 complementaridade ao processo de registro da operadora de acordo com a RN 100/05. Informou
1036 que a solicitação de registro novo deve ser feita pelo representante legal da operadora, mediante
1037 apresentação do comprovante de envio e a incorporação e informação emitidas pelo aplicativo
1038 RPS, disponível no sítio da ANS. Comunicou, ainda, que esse processo deveria adicionar a
1039 declaração de insuficiência de rede para o atendimento ao rol de procedimentos, lembrando da
1040 possibilidade de cumprimento da autorização de funcionamento mediante adequação do registro
1041 provisório, observando o disposto na RDC Nº 4/00, Nº 7/02 e IN DIPRO Nº 8/02 complementadas
1042 pelos novos itens do Anexo II da RN 100/05, constantes no aplicativo ARPS. Apresentou os
1043 números de registro de produtos e anunciou que 758 solicitações da ANS foram processadas com
1044 sucesso, sendo que 250 desse total eram das operadoras. Mencionou que 218 aguardavam
1045 documentação das operadoras, 268 estavam em fase de análise na DIPRO e 212 geraram
1046 pendências para as operadoras. Informou que dessas, 53 foram deferidas, quatro aguardavam
1047 conclusão, duas foram encerradas por solicitação das operadoras e apenas uma indeferida.
1048 Comunicou que 50 operadoras tiveram todos os arquivos rejeitados e ainda apresentavam
1049 dificuldades na operacionalização. Esclareceu que dos 53 planos registrados, 17 são de operadoras
1050 de odontologia de grupo, que representam um maior número. Fez uma alusão a IN DIPRO 9 que
1051 registrou planos que permitiam a habilitação para registro de funcionamento. Destacou que, no
1052 primeiro semestre, 40 planos foram registrados, contabilizados em oito operadoras, sendo uma
1053 odontológica, cinco de medicina de grupo e duas cooperativas médicas. Ressaltou a importância da

1054 etapa de adequação de registros provisórios. Informou que 9.309 planos, de 641 operadoras,
1055 foram processados com sucesso e que a maioria 9.154, estavam em fase de análise pela DIPRO.
1056 Disse ainda, que 154 planos geraram pendências para as operadoras e uma operadora de
1057 autogestão conseguiu regularizar um plano de registro provisório. Registrou que, somadas às 641
1058 operadoras que conseguiram transmitir, 296 ainda não conseguiram esse feito, em função das
1059 diversas inconsistências de diferentes naturezas. Apresentou algumas formas de sanar os
1060 problemas mencionados e lembrou da disponibilidade da ANS em participar das reuniões
1061 organizadas pelas entidades representativas para levantar as dificuldades do setor. Falou que a
1062 agência mantinha as versões dos aplicativos atualizadas, a partir das observações das operadoras.
1063 Referiu a página da ANS na Internet que traz esclarecimentos sobre as principais dúvidas e
1064 informou o atendimento permanente, aos representantes das operadoras, para dirimir as dúvidas e
1065 fornecer orientações sobre os instrumentos jurídicos. Destacou, também, que todas as operadoras
1066 receberam avisos, alertando que o registro de produtos, para autorização de funcionamento,
1067 deveria ser efetuado por meio dos aplicativos ARPS, RPS ou SCPA. Informou que a agência
1068 encaminhou ofícios para 319 operadoras que apresentaram parte da documentação a DIOPE e
1069 para 67 operadoras, alertando sobre a necessidade do registro dos produtos. Disse, ainda, que
1070 para a DIOPE foi encaminhado um memorando, indicando trinta e uma autogestões com operação
1071 exclusiva de plano antigo que atenderam ao SCPA e um outro documento, apontando as 18
1072 operadoras que atenderam ao requisito de registro de produto para Autorização de
1073 Funcionamento. Finalizou dizendo que apresentou um panorama da situação e ressaltou que os
1074 números foram expressivamente maiores daqueles apresentados em novembro, do ano anterior.
1075 Dr. **Fausto dos Santos** abriu a palavra para comentários. Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da
1076 UNIODONTO, disse desconhecer o problema com relação a DIOPE, e comunicou que ficara
1077 sabendo que duas operadoras haviam recebido a documentação, mas sem constar qualquer
1078 mensagem que esclarecesse alguma exigência. Pediu que, por ocasião da verificação do
1079 cumprimento de todos os critérios pelas operadoras, fossem identificados os tipos de pendências
1080 antes de declarar que elas “não responderam” aos ofícios. Reconheceu, também, o trabalho
1081 exaustivo da DIPRO em analisar uma quantidade tão grande de dispositivos, porém, apesar de a
1082 norma prever a impossibilidade de registro de produto novo sem a adequação do plano de
1083 referência que já possua registro provisório, solicitou que fosse pensada uma alternativa que
1084 possibilitasse a distinção entre essa adequação e o registro novo, a fim de agilizar o processo de
1085 análise dos novos planos. Justificou a sua preocupação pela demora desse processo de análise do
1086 registro, alegando que durante o período dessa análise (em torno de 60 dias) as operadoras
1087 ficariam impedidas de comercializar novos produtos, mas que elas precisavam fazê-lo. Dr^a **Renê**

1088 **Patriota, da ADUSEPS**, indagou se os tipos de produtos já não estavam previstos na própria lei,
1089 ao que o Dr. **Fausto** respondeu afirmativamente, mas que a Agência analisava as cláusulas a fim
1090 de avaliar se cumpria a legislação. Dr^a **Renê** objetou dizendo que se tinha a impressão de que se
1091 tratava de novos produtos. Dr. **Fausto dos Santos** aduziu que se tratava de novos produtos na
1092 especificidade de cada um mas não no formato básico, o qual estava definido na legislação.
1093 Acrescentou que na especificidade, a exemplo do plano coletivo, esse era considerado um plano
1094 novo, e mesmo assim deveria seguir o que está previsto na legislação. Dr^a **Renê Patriota**
1095 comentou sobre a falta de insegurança do consumidor em se decidir por uma empresa e sugeriu,
1096 então, que a Agência encontrasse um espaço na mídia nacional que pudesse alertar o consumidor
1097 para verificar se a empresa pela qual ele estava optando teria registro na ANS. Solicitou, também,
1098 esclarecimento sobre a questão do "pacote", colocado pelo Dr. Squillaci, alegando que a medicina
1099 privada, junto com os planos de saúde, usuários e prestadores não admitiam pacotes. Ponderou
1100 que aceitar que o usuário do SUS seja atendido por pacotes e que os usuários de planos de saúde
1101 sejam atendidos de forma diferenciada era alimentar a tese de "medicina para rico" e "medicina
1102 para pobre". Dr. **Fausto dos Santos** frisou que o termo acertado não seria "pacote" e esclareceu
1103 que o TISS permitia que as negociações entre operadoras e prestadores para novos formatos de
1104 pagamento – excluindo-se o *fee for service* - pudessem ser assimilados, também, do ponto de vista
1105 do sistema de informação. Explicou que o *fee for service* (pagamento pelo procedimento, a
1106 exemplo do parto propriamente dito, do medicamento, do fio de sutura) correspondia a um
1107 formato de negociação que vinha sendo adotado pelo setor, de modo que a pergunta do Dr.
1108 Squillaci era no sentido de saber se o TISS estava incorporando essa tendência, ao que a Dr^a
1109 Jussara respondera que era possível absorver essa nova forma de pagamento no TISS. Dr^a **Renê**
1110 **Patriota** mostrou-se novamente preocupada com essa forma de pagamento, pois parecia uma
1111 linguagem única mas que na prática não era, pois alguns prestadores poderiam aceitar pacotes de
1112 umas operadoras e não aceitar de outras. Dr. **Fausto** disse que isso fazia parte de um processo de
1113 negociação entre a operadora e o prestador de serviço e que ambos estariam dividindo o risco;
1114 lembrou, porém, que a ANS não interferia nessa negociação. Dr^a **Renê** deixou mais uma vez
1115 registrada a sua preocupação com relação ao sistema de "pacote", alegando que isso
1116 comprometeria a qualidade do serviço e reiterou a necessidade de o consumidor ser esclarecido
1117 sobre o assunto, para saber exatamente pelo o que estava pagando. Dr. **Fausto dos Santos**
1118 passou a palavra ao Dr. **César Cardim, da DIOPE/ANS**, e ao Dr. **Everardo Braga, da**
1119 **DIPRO/ANS**, para as considerações finais. O Assessor especial da DIOPE dirigiu-se ao Dr.
1120 Egberto Miranda, da UNIODONTO, para confirmar que, segundo a norma, a documentação
1121 incompleta dificulta o processo de análise e é passível de devolução. Informou que fora realizado

um mutirão para dar maior celeridade ao processo de análise e esclareceu que, por questão operacional, a orientação era não gastar muito tempo e energia com as informações que estavam incompletas, de modo que toda documentação recebida pela Agência, caso fosse identificada a existência de pendências, era devolvida em seguida para o solicitante. Revelou que essa primeira orientação fora revista e que, a partir de fevereiro, as devoluções vinham sendo feitas com a respectiva identificação do tipo de pendência existente. Complementando a fala do Dr. César, Dr. **Everardo Braga**, da DIPRO, admitiu que empreender um trabalho daquela envergadura representava esforço sobre-humano e demandava um certo planejamento. Dessa forma, fora necessária a prorrogação do horário de trabalho e a incorporação de novos profissionais da área de direito como também da área de informática. Dr. **Fausto dos Santos** comunicou ao Dr. **Egberto Miranda, da UNIODONTO**, que sua questão relativa ao registro novo seria analisada e, posteriormente. Dr. **Everardo Braga** esclareceu que uma operadora não consegue solicitar um registro novo se não possuir plano de referência no momento da contratação. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, solicitou que a ANS esclarecesse sobre o alcance das autogestões patrocinadas e multi patrocinadas. Disse, ainda, estar ciente de que a norma era bastante antiga e que fora também previsto um desdobramento para efetivamente caracterizar cada uma das modalidades – patrocinada, não patrocinada, multi patrocinada - com relação ao acesso ao mercado e às garantias. Referiu-se a informações veiculadas sobre plano da FIRJAN para os seus empregados, que seria multi patrocinado por empresas para captação de mercado, alertando que esse tipo de iniciativa poderia trazer problemas não só ao mercado mas também ao consumidor final. Conclamou os segmentos integrantes da CSS para buscar mais esclarecimentos sobre esses fatos, para o devido acompanhamento. Dr. **Fausto** revelou que a questão do patrocínio já estava sendo discutida, inclusive com a co-participação da UNIDAS, e que já existiam minutas de resolução no sentido de aprimorar o conceito "patrocínio". Sugeriu que a discussão sobre o assunto fosse ponto de pauta para a próxima reunião da Câmara e se comprometeu em tornar disponível, para todos, com antecedência, o que já estava sendo elaborado sobre o patrocínio, que, a seu ver, merecia uma discussão específica na qual caberiam questões como multi patrocínio, autogestões que estavam comercializando e participando de licitações. Finalizou dizendo que fazer uma discussão com mais riqueza e profundidade, por certo, contribuiria de forma positiva para processo regulatório da Agência. **ENCERRAMENTO – Dr. Fausto dos Santos** agradeceu a todos e apresentou desculpas pela extensão da reunião, porém considerou que cumprir uma pauta era extremamente importante para a Câmara.

- 1154 Agência Nacional de Saúde Suplementar
- 1155 Ministério da Fazenda
- 1156 Ministério da Previdência e Assistência Social
- 1157 Ministério da Justiça
- 1158 Ministério da Saúde
- 1159 Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS
- 1160 Associação de Consumidores de Planos Privados e de Assistência à Saúde – ADUSEPS
- 1161 Associação Médica Brasileira - AMB
- 1162 Associação Franco Basaglia - AFB
- 1163 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 1164 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 1165 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 1166 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 1167 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

- 1168 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG
- 1169 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB
- 1170 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA
- 1171 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 1172 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 1173 Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde - FCFAS
- 1174 Força Sindical
- 1175 Fundação PROCON - São Paulo
- 1176 Fundação PROCON – São José dos Campos
- 1177 Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde – UNIDAS