

**MINUTA DA ATA DA QUADRAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA
DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS**

ABERTURA – Às dez horas do dia cinco de setembro do ano de dois mil e seis, no Salão Dourado do Hotel Glória, situado na Rua do Russell, 632, Glória, na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quadragésima Quarta Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **Gilson Caleman**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras (DIOPE/ANS); Dr. **Eduardo Sales**, Diretor de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dr. **Luiz Ricardo Trindade Bacellar**, da Gerência-Geral de Normas e Análise de Mercados (GGNAM/DIOPE/ANS); Dr. **Afonso Teixeira**, da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos (GGTAP/DIPRO/ANS); Dr. **Everardo Cancela Braga**, da Gerência-Geral de Estrutura e Operação de Produtos (GGEOP/DIPRO/ANS); Dra. **Alexia Luciana Ferreira**, da Gerência-Geral de Acompanhamento Institucional (GGACI/DIGES/ANS); Dr. **Fábio Fassini**, da Gerência-Geral de Habilitação das Operadoras (GGHAO/DIOPE/ANS); Dr. **Leonardo Xexéo**, da Gerência-Geral de Normas e Análise de Mercados (GGNAM/DIOPE/ANS); Dr. **Sérgio Ricardo dos Santos Rosa**, do Ministério da Previdência e Assistência Social; Dr. **Marcelo Takeyama**, do Ministério da Justiça; Dra. **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, do Ministério da Saúde; Dr. **Benício Paiva Mesquita**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr. **Eduardo de Oliveira**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão** 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. **Vítor Gomes Pinto**, da Confederação Nacional da Indústria (CNI); Dr. **Márcio Serôa A. Coriolano** e **Marco Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr. **Samir Dahas Bittar**, da Associação Médica Brasileira (AMB); Dra. **Marília Ehl Barbosa** e Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, da UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr.

34 **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dra.
35 **Hilma Araújo dos Santos** e Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa do
36 Consumidor, PROCON/SP; Dra. **Ana Luisa Godinho Ariolli**, da PRO TESTE, pelas Associações de
37 Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde; Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da
38 ADUSEPS, pela Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde; Dra.
39 **Rosângela Santos**, da FARBRA, pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias
40 Especiais. Dr. **Fausto dos Santos** iniciou a reunião agradecendo a presença dos integrantes da CSS
41 e justificando as ausências do Dr. Antônio Alarcon, da UNIODONTO; do Dr. Helvécio Miranda e da
42 Dra. Lêda Vasconcelos, respectivamente titular e suplente do CONASEMS; do Dr. Joaquim José da
43 Silva Filho, da Força Sindical, que estava sendo representado pelo Sr. José Souza da Silva; da
44 representante do CONASS, Dra. Regina Nicoletti; e da Sra. Vera Lúcia de Vita, da AFB, que se
45 encontrava hospitalizada. Em seguida, passou aos assuntos gerais comunicando a recondução do Dr.
46 José Leôncio de Andrade Feitosa ao cargo de diretor da DIDES, ao mesmo tempo em que justificou a
47 ausência deste por motivos particulares. Comunicou, ainda, a nomeação do Dr. Eduardo Sales para o
48 cargo de diretor da DIFIS, conforme publicado na Portaria 1.664, de agosto daquele ano. Na
49 sequência, Dr. Fausto submeteu à aprovação da plenária a ata da 43ª Reunião da CSS anunciando
50 que haviam sido acatadas as alterações e observações feitas pelo Dr. Márcio Coriolano, da FENASEG,
51 pelo Dr. Eduardo de Oliveira, da FBH, e pelo Dr. Egberto Miranda. Como nenhum dos presentes
52 acrescentasse outras sugestões, o documento foi aprovado. **ITEM 1 – DIRETRIZES PARA A NOVA**
53 **GESTÃO DA DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO** – Dr. **Eduardo Sales** declarou que a sua
54 expectativa era contribuir para a atuação da DIFIS, com ênfase no diálogo com os vários segmentos e
55 no fortalecimento do combate à assimetria de informações, no sentido de disponibilizar todos os
56 mecanismos de alcance para a busca do consenso em meio aos conflitos existentes no mercado de
57 saúde suplementar. Afirmou que toda política na ANS é resultado de acúmulo de informações
58 recebidas, do aperfeiçoamento do normativo e da melhor interpretação da lei, bem como da aplicação
59 dessas informações nas relações entre operadoras, prestadores, consumidores e outros órgãos de
60 controle exteriores a esse mercado. Lembrou a missão da ANS prevista na lei 9.961 para considerar
61 que a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde busca a manutenção da
62 capacidade de pagamento dessa coletividade, a preservação das empresas, o equilíbrio e a rigidez do
63 mercado bem como a razoável remuneração dos prestadores. Frisou que o empenho da Agência na
64 política de qualificação visa o equilíbrio nessas relações, de modo que todos possam ficar satisfeitos e
65 o mercado tenha vida longa. Referiu-se à visão da ANS - “contribuir, através do exercício da sua
66 função de regulação, para a construção de um setor de saúde suplementar, cujo interesse seja a
67 produção de saúde” – para destacar o papel da DIFIS na implantação da conscientização da

68 coletividade dos consumidores, na articulação com os seus órgãos de defesa, na criação de
69 mecanismos de resposta rápida às demandas e na qualificação para o enfrentamento dos conflitos
70 individuais perante os vários Procons. Anunciou as três dimensões nas prioridades de sua gestão: (i) a
71 articulação institucional, (ii) a governança eletrônica e transparência da ação gerencial; e (iii)
72 mudança metodológica dos processos fiscalizatórios. No âmbito da “articulação institucional”,
73 destacou (a) a ampliação da interface com o Poder Judiciário, por meio da realização de seminários,
74 fóruns regionalizados e disseminação de informações que qualifiquem e apoiem a ação deste no
75 âmbito da regulação da saúde suplementar; (b) a criação de um canal direto com o Sistema Nacional
76 de Defesa do Consumidor (SNDC), a fim de permitir o intercâmbio de informações e a ampliação da
77 participação ativa dos órgãos de defesa do consumidor no processo regulatório, fazendo com que os
78 Procons e entidades pudessem também discutir o modelo de assistência e enfrentar questões de
79 alcance coletivo. Argumentou que a participação desses órgãos era incontestável no âmbito do
80 diálogo permanente e necessário com operadoras e prestadores, e considerou que a partir da
81 superação de desconfianças e da ausência de informações é possível construir o caminho para um
82 denominador comum; (c) a ampliação do projeto “Parceiros da Cidadania”, classificado como uma das
83 ferramentas mais importantes sob coordenação da DIFIS, inserindo-o no contexto da estratégia de
84 qualificação do setor; (d) estabelecimento de acordo de cooperação técnica com o Departamento de
85 Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça; e (e) a ampliação da abrangência e
86 distribuição dos guias de orientação ao consumidor, além de outros materiais explicativos. No âmbito
87 da “governança eletrônica”, Dr. Eduardo citou (a) a implantação e consolidação de instrumentos com
88 vistas a facilitar o acesso à informação e à transparência gerencial; (b) a integração do Disque-ANS e
89 do Sistema Integrado de Fiscalização aos demais sistemas de informação da ANS, com vistas a obter
90 mais eficiência e agilidade; (c) o desenvolvimento e implantação de módulo para fiscalização do
91 cumprimento das normas referentes ao TISS. Por fim, no âmbito da “mudança metodológica dos
92 processos fiscalizatórios”, apontou (a) a importância de se buscar efetividade e eficiência na ação
93 fiscalizadora mediante a articulação e integração com os Judiciários estaduais e os órgãos de defesa
94 do consumidor; (b) a ampliação das atribuições dos grupos de fiscalização (NURAFs), de modo que
95 possam estar mais integrados à estrutura da ANS e deixem de atuar somente como meros cartórios
96 de recebimento de denúncias; (c) revisão da metodologia de coleta de informações no Atendimento
97 do Disque-ANS, que passará a receber também demandas de operadoras, dos Procons, dos
98 prestadores; e (d) reformulação de processos de trabalho referentes à fiscalização, visando maior
99 agilidade na solução das demandas individuais. Nesse contexto, Eduardo Sales salientou que a idéia
100 era que a atuação da DIFIS deixasse de ser reativa e buscasse contribuir juntamente com as demais
101 diretorias da Agência durante as visitas técnicas de fiscalização, criando uma transversalidade e,

102 assim, possibilitar aos profissionais envolvidos mais conhecimento para exercerem a atividade de
103 fiscalização. Sublinhou ainda a importância da reaproximação com os órgãos de defesa do consumidor
104 no esclarecimento de indivíduos interessados em adquirir planos de saúde sobre os seus direitos e
105 deveres. Anunciou que até o final de 2006, a ANS estaria finalizando a compilação e atualização de
106 todo o seu normativo para facilitar sua interpretação e aplicação nos conflitos de interesses do dia-a-
107 dia. Finalizou agradecendo o apoio e colocando-se à disposição para esclarecimentos. Dr. **Fausto**
108 comentou que a presença do Dr. Eduardo na DIFIS representava um processo de acúmulo do ponto
109 de vista da agência reguladora, em face da experiência adquirida pelo novo diretor na Procuradoria da
110 ANS. Classificou a indicação do novo diretor como importante vitória da Agência no sentido de
111 melhorar o seu funcionamento em continuidade ao processo iniciado no ano 2000, e destacou a
112 disposição do Dr. Eduardo em manter o diálogo com todos os regulados e parceiros da Agência. Em
113 seguida, passou a palavra ao Dr. Gilson Coleman, esclarecendo que após essa apresentação seria
114 aberta a palavra para esclarecimentos e dúvidas relativas aos itens 1 e 2 da pauta. **ITEM 2 –**
115 **RESULTADOS DE 2005 DO PROGRAMA DA QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – Dr.**
116 **Gilson Coleman** saudou todos os presentes e fez menção especial aos grupos técnico e executivo da
117 política de qualificação, cujo trabalho classificou como imprescindível para o alcance dos resultados
118 obtidos em sua segunda fase. Destacou que além desses resultados foram também observados
119 alguns avanços. Primeiro, o aperfeiçoamento da regulação com integração efetiva entre a regulação
120 normativa e a indutora, de forma que essa última passou invariavelmente a afetar a outra, a exemplo
121 da RN 94, proporcionando um novo escopo de trabalho para a Agência e para o mercado. Como
122 segundo avanço, Dr. Gilson apontou a importância do Sistema de Informação como insumo
123 estratégico de análise do setor e de tomada de decisão, estabelecendo as condições para a
124 implantação do TISS. Nessa linha, reconheceu as ações efetivas que as operadoras haviam feito no
125 sentido de melhorar a qualidade dos dados constantes nos sistemas de informação da ANS. Outro
126 avanço apontado pelo diretor da DIGES foi a ampliação do debate sobre o modelo de atenção sob a
127 perspectiva do cuidado à saúde, considerando a necessidade de mudança radical no modelo vigente.
128 Como consequência, foi observada a necessidade de se adotar ações de promoção à saúde e de
129 prevenção de doenças assim como de regulação assistencial. Dr. Gilson apontou ainda como avanços:
130 (a) a potencialização do trabalho integrado de todas as diretorias da ANS, com articulação junto ao
131 Ministério da Saúde e instituições de referência; (b) a ampliação da agenda para a definição de
132 diretrizes de incorporação e avaliação de tecnologias de saúde; (c) o desenvolvimento de pesquisas; e
133 (d) acúmulo de maior conhecimento do setor. Nesse contexto, o diretor da DIGES alertou que a
134 incorporação acrítica de tecnologia vem causando um custo crescente para o setor, de forma que se
135 fazia necessária uma discussão séria acerca dessa questão para evitar que o processo viesse a se

136 voltar contra os beneficiários. Outro avanço observado foi a construção do setor de saúde
137 suplementar como pertencente ao campo da produção em saúde, visto que ambos trabalham com os
138 mesmos problemas, os quais demandam mecanismos de aprofundamento para serem superados. Por
139 último, Dr. Gilson considerou que a qualificação do processo regulatório como um todo representava
140 também significativo avanço. Na seqüência, comentou sobre os 41 indicadores utilizados na segunda
141 fase da política de qualificação. Na atenção à saúde, que detém 50% do peso da avaliação, destacou
142 a ampliação de nove (na primeira fase) para 22 indicadores e as mudanças introduzidas: na linha
143 materno-neonatal, o aumento para sete indicadores; na linha cardiovascular, a inclusão de quatro
144 indicadores relativos a doenças cerebrovasculares, diabetes *mellitus* e infarto agudo; na linha de
145 neoplasias, o foco em procedimentos preventivos como citologia oncológica e mamografia bem como a
146 incorporação de taxas de internação por neoplasias malignas do cólon e reto, do colo de útero, da
147 mama feminina e de próstata. Dr. Gilson revelou ainda que os cinco indicadores de saúde bucal
148 haviam passado por modificações em relação à primeira fase, quando se considerava apenas a
149 quantidade de procedimentos, no sentido de se estabelecer a relação de número de procedimentos
150 por exposto. Acrescentou que essa mudança havia diminuído, o índice de maneira sensível, destes
151 indicadores. No que se refere aos indicadores econômico-financeiros, que detém 30% de peso na
152 avaliação, explicou que aos oito indicadores da primeira fase haviam sido incorporados mais dois,
153 perfazendo total de dez indicadores, destinados a avaliar a saúde financeira das operadoras. Na
154 discussão de estrutura e operação foram incorporados mais dois indicadores, totalizando sete
155 indicadores. Aduziu também que havia sido incorporado mais um indicador de satisfação do
156 beneficiário, relativo aos processos transitados em julgado. Ressaltou que na segunda fase havia sido
157 introduzido um total de indicadores e que, para a fase seguinte, estava mantida a incorporação de
158 mais quatorze indicadores além de uma pesquisa quantitativa. Com relação à divulgação dos
159 resultados, lembrou que na primeira fase, quando somente havia 23 indicadores, a opção da diretoria
160 colegiada fora divulgar apenas os nomes das operadoras com índice de desempenho zero em
161 consequência de não terem respondido aos critérios do sistema de informação. Com a ampliação do
162 número de indicadores, anunciou que a divulgação dos resultados gerais seria igual à da primeira
163 fase, com classificação por segmento e por porte de operadoras bem como por IDSS ponderado pelo
164 número de beneficiários, sendo que o diferencial estaria na divulgação dos resultados específicos: lista
165 por modalidade e por porte das operadoras com intervalos de IDSS (de 0 a 0,25; de 0,25 a 0,5; de
166 0,5 a 0,75; e de 0,75 a 1); lista das operadoras com IDSS zero por informação incompleta ou
167 inexistente; e IDSS por modalidade, porte e dimensão. No tocante aos resultados gerais, Dr. Gilson
168 explicou que, em relação à primeira etapa, houvera um pequeno aumento nas operadoras com IDSS
169 zero devido ao não envio ou ao envio incompleto de informações, as quais totalizaram 1.108

empresas, enquanto que havia sido observado o decréscimo acentuado de operadoras não avaliadas (de cerca de 100 para 34) ao lado de aumento das operadoras avaliadas (de 850 para 906 empresas). Dentre as 906 empresas avaliadas, a distribuição fora a seguinte: medicinas de grupo (449), cooperativas médicas (126), odontologia de grupo (288) e autogestão patrocinada (81). Em termos de beneficiários foram atingidos mais de 34 milhões de pessoas, sendo 34,1% no segmento de medicina de grupo, cooperativas médicas (24,5%), odontologia de grupo (7,5%) e autogestão patrocinada (12,5%). Afirmou que no que refere à “distribuição do índice de desempenho por porte e segmento” não haviam sido observadas diferenças acentuadas entre as operadoras exclusivamente odontológicas e as médico-hospitalares. No que concerne à “distribuição do índice de desempenho por dimensão e segmento médico-hospitalar”, o desempenho mediano registrado refletia um esforço da operadora em melhorar a informação, tendo em vista a introdução de mais 13 indicadores aos nove constantes da primeira fase. Acrescentou que, no tocante às operadoras exclusivamente odontológicas, em razão da mudança de parâmetros e da própria denominação dos indicadores, houve uma piora na avaliação em comparação com a primeira fase, principalmente na dimensão de atenção à saúde (0,342), ao lado da avaliação de satisfação do usuário (0,998). Dr. Gilson explicou que isso refletia o limite do indicador de satisfação do beneficiário que ainda está vinculado ao índice de reclamação, questão essa que poderia ser ampliada por meio de pesquisa quali-quantitativa. No âmbito dos resultados específicos, revelou que os comportamentos nas diversas modalidades obedeceram a padrão mais centrado na avaliação de 0,25 a 0,75. No caso das autogestões, 46% estão entre 0,25-0,75; 44%, entre 0,5-0,75; e poucas situam-se nos dois extremos, entre 0-0,25 e 0,75-1. Comentou que esse comportamento, também observado em outras modalidades, podia ser explicado principalmente pelo baixo desempenho na avaliação das operadoras de grande porte, no que se refere às dimensões de “atenção à saúde” e “estrutura e operação”, devido à qualidade de informação. Acrescentou que mesmo que as operadoras avaliadas em todas as dimensões e em grande parte dos indicadores haviam também apresentado dificuldades na qualidade da informação. Esclareceu que essa situação tende a melhorar à medida que melhorar a qualidade da informação. Ressaltou que em relação à “distribuição do índice de desempenho por intervalo”, a grande maioria (81%) das operadoras da modalidade de autogestão patrocinada ficou entre 0,5-0,75; 14%, entre 0,75-1; e 5%, entre 0,25-0,5 – comportamento esse que classificou de adequado. Salientou que na dimensão de atenção à saúde, o resultado ficara um pouco abaixo da média devido também à qualidade da informação. No caso das cooperativas médicas, a grande maioria (63%) situou-se na faixa de 0,5-0,75 e 36%, entre 0,25-0,5. Observou que dentre as 906 empresas avaliadas, cerca de 20 haviam ficado entre 0-0,25 e 23 operadoras concentraram-se entre 0,75-1, destacando que grande parte das cooperativas médicas estava localizada entre 0,5-0,75. Falou que a melhora observada no

204 índice econômico-financeiro ocorreu em função de que as operadoras, em particular as cooperativas,
205 passaram a encaminhar informação de maneira mais freqüente, inclusive com elaboração de termo de
206 ajuste de conduta para o envio dessas informações. No caso das filantrópicas e da medicina de grupo,
207 a maior concentração do índice de desempenho ficou na faixa de 0,25-0,5, por conta da avaliação de
208 “atenção à saúde” e “econômico-financeiro”. Ao mesmo tempo, as seguradoras tiveram o seguinte
209 resultado devido ao encaminhamento de informações: 34%, entre 0,5-0,75; 8%, entre 0,75-1 e um
210 pequeno número entre 0,25-0,5. Frisou que nenhuma seguradora havia ficado no intervalo entre 0-
211 0,25 devido ao esforço de melhoria da qualidade de informação, enquanto que as de pequeno porte
212 tiveram importante avaliação na “atenção à saúde” e “econômico-financeiro” devido à introdução de
213 mais dois indicadores. No que se refere às cooperativas, mesmo com a troca dos parâmetros, grande
214 parte delas ficou entre 0-0,5 a 0,75, e 40%, entre 0,25-0,5; da mesma forma, nenhuma das
215 seguradoras ficou entre 0-0,25. Dr. Gilson explicou que isso se devia ao comportamento da dimensão
216 de atenção à saúde. Na odontologia de grupo, afirmou que a mudança dos parâmetros e o nome dos
217 indicadores fizeram com que a avaliação (62% entre 0,25-0,5), em especial na “atenção à saúde”
218 fosse considerada pior em relação à primeira fase, apesar do bom desempenho na “satisfação do
219 beneficiário”. O diretor da DIGES contou que o material distribuído aos presentes permitira uma
220 análise aprofundada por dimensão. No que se refere às metas, ponderou que, para que as operadoras
221 passem a atuar como gestoras é preciso incorporar ações capazes de modificar claramente o modelo
222 de atenção; da mesma forma, os prestadores precisam se transformar em produtores de cuidado em
223 saúde em lugar de meros repassadores de serviços, bem como os usuários necessitam modificar a
224 sua consciência sanitária em relação ao atendimento, uma vez que a lógica da medicalização vinha se
225 mostrando insuficiente para dar conta de saúde das pessoas. Destacou que no decorrer da
226 implantação da política, a Agência iria se aprimorar mais no que se refere ao processo regulatório.
227 Disse que a política vinha cumprindo os objetivos propostos e que continuaria a fazê-lo. Reiterou que
228 esse não era um trabalho voluntário e isolado, mas um trabalho de integração entre todas as
229 diretorias da Agência, o qual fora construído por um conjunto de técnicos qualificados, atuantes na
230 instituição. Concluiu classificando-o como um “divisor de águas” no processo de discussão da gestão
231 do setor e na mudança do modelo de atenção aos beneficiários, apesar de eventuais discordâncias em
232 relação à divulgação dos resultados. Dr. **Fausto dos Santos** fez uso da palavra para chamar a
233 atenção para a importância da qualificação para o setor de saúde suplementar, em especial no
234 tocante à grande contribuição trazida pela avaliação mais global das empresas, seja para o comprador
235 coletivo ou individual. Dessa perspectiva, apontou maior transparência do funcionamento desse setor,
236 no sentido de possibilitar que o posicionamento dos indivíduos esteja pautado não somente pelo
237 preço ou pelo marketing, mas também a partir da possibilidade de avaliação das empresas. Afirmou

238 que a segunda fase mostrara um avanço relevante para a ANS e para o próprio mercado no tocante à
239 capacidade deste de gerar informações, de se auto-analisar e de melhor perceber o funcionamento de
240 todo o setor, incluindo os seus pares e concorrentes. Disse que a Agência vinha contribuindo para
241 tornar o processo de concorrência mais evidente e que a análise feita abrangia mais de 80% do
242 número de beneficiários do mercado de saúde suplementar. Lembrou que todos os indicadores
243 haviam sido discutidos exaustivamente não só com as operadoras mas também com a academia e
244 com os grupos técnicos. Comentou sobre o impacto do processo de divulgação no mercado e nas
245 concorrências e enfatizou a lisura do processo, sua tecnicidade e a intenção de contribuir para o
246 aumento da transparência do setor. Em seguida, abriu a palavra à plenária. Dr. **Márcio Coriolano**,
247 da FENASEG, reiterou que a entidade que ele representava não era absolutamente contrária à
248 qualificação das operadoras e a publicação das informações, esclarecendo que apoiava essa iniciativa
249 da ANS com qualquer outra focada em proporcionar transparência de informação, transparência de
250 mercado - não só das operadoras – como também transparência da atuação da própria Agência.
251 Declarou que as divergências da FENASEG estavam relacionadas aos critérios e metodologias
252 adotados e que, em diversas oportunidades, tivera a chance de externar essas divergências ponto a
253 ponto, inclusive mediante um documento técnico preparado por grupo de trabalho da entidade e da
254 ANS, no qual haviam sido apontadas o que ele chamou de inconsistências graves no modelo.
255 Salientou que considerava uma inconsistência o fato de as autogestões patrocinadas receberem nota
256 máxima num quesito que são obrigadas a cumprir e sugeriu que esse tipo de indicador fosse
257 expurgado na comparação entre segmentos. Revelou que a FENASEG havia contratado uma empresa,
258 dirigida pelo economista e especialista em *ranking*, Paulo Rabelo de Castro, para elaborar parecer
259 técnico de avaliação do programa de qualificação de saúde suplementar. Disse que após a reunião
260 encaminharia o referido parecer para a Secretaria da Câmara para que fosse enviado aos
261 interessados, e afirmou que esperava assim estimular o debate em torno do programa. Em seguida,
262 fez um resumo dos achados da empresa, que estavam focados em quatro aspectos: (i) a robustez dos
263 critérios – indicadores; (ii) a confiabilidade dos dados de origem; (iii) a compatibilidade com a função
264 objetiva das operadoras dada a diversidade, diferenças e singularidades do mercado em relação à
265 atenção à saúde, à estrutura de operações econômico-financeiras, entre outras; e, (iv) a
266 comparabilidade da população avaliada. Dr. Márcio contou que os resultados revelaram que dentre os
267 63 indicadores (a análise englobou todos, independente do estágio de implantação), somente 41
268 haviam sido considerados robustos, o que era indicativo de problemas na metodologia adotada. No
269 que se refere à confiabilidade dos dados, 42 indicadores foram tidos como “pouco confiáveis”, o que
270 vinha a corroborar a necessidade de uma revisão ampla, profunda e geral dessa metodologia. Com
271 relação ao IDSS, relatou que a combinação das quatro dimensões gerava um índice holístico, mas

272 com pouco conteúdo informacional, sem falar no aspecto retroativo, que não permitia qualquer
273 informação acerca da sobrevivência ou do desempenho futuro das operadoras. Citou como exemplo o
274 fato de que a empresa que obtivera a maior nota na primeira fase da política encontrava-se
275 insolvente, o que não fora captado pela amostra. Prosseguiu destacando que a heterogeneidade dos
276 agentes medidos inviabilizava a comparação direta dos desempenhos e chamando a atenção para as
277 disparidades entre as empresas no que se refere à insolvência de reservas técnicas. No tocante à
278 população avaliada, alertou que os beneficiários poderiam ser induzidos a escolhas equivocadas e que
279 as operadoras poderiam ser prejudicadas por vieses de informação do IDSS. Dr. Márcio enfatizou que,
280 por recomendação do parecer, essas informações deveriam ser apenas utilizadas como ferramenta de
281 gestão interna, não pública. Reiterou a necessidade de revisão da metodologia e de melhoria da
282 confiabilidade dos dados e sugeriu que a avaliação da dimensão econômico-financeira fosse realizada
283 por uma empresa especializada, independente. Concluiu frisando que as metodologias e os critérios
284 de desempenho não traduziam efetivamente o desempenho, a solidez e a atenção à saúde praticada
285 por cada uma das operadoras qualificadas. Dra. **Rosângela Santos**, da FARBRA, expôs a sua
286 preocupação com a divulgação da informação e o consumidor, o beneficiário, que constantemente
287 tem dificuldade no acesso à informação. Comentou sobre o confronto entre o usuário e o profissional
288 de saúde como também chamou a atenção para a necessidade de se considerar as reclamações desse
289 consumidor e de que forma isso influencia na relação entre o usuário do sistema de saúde em todos
290 os níveis e os profissionais que nele atuam. **Sugeriu uma apuração junto aos setores de**
291 **comunicação dos órgãos de defesa do consumidor e das defensorias públicas quais eram**
292 **as maiores reclamações, de modo a se obter parâmetros para melhor discutir as**
293 **demandas apresentadas por esse consumidor.** Questionou o Dr. Gilson quanto à utilização do
294 termo “usuário com consciência sanitária”, frisando que esse termo implicava algo além das políticas
295 de saúde, um sentido maior da palavra “saúde” – para além da idéia de “ausência de doença” que a
296 maioria das pessoas ainda não possui. Alegou que para se chegar a essa consciência era preciso
297 trabalhar muito em questões baseadas na informação assim como ouvir o consumidor ou beneficiário
298 a fim de se trazer parâmetros para essa construção melhor de todo o sistema. Dr. **Samir Dahas**
299 **Bittar**, da AMB, perguntou ao Dr. Gilson se havia algum elemento de checagem, mesmo por
300 amostragem, da veracidade das informações passadas pelas operadoras. Considerou que se essas
301 informações não fossem verificadas era possível se obter resultados não fidedignos, perdendo-se
302 assim o objetivo do sistema de fornecer informações corretas. Lamentou também a ausência de
303 indicador oriundo dos prestadores, que apontou como setor muito fragilizado, apesar de concordar
304 que muitos dos indicadores utilizados, a exemplo do de satisfação do usuário, guardavam íntima
305 relação com esse segmento. Ponderou, contudo, que se tratava de uma relação indireta uma vez que

o processo de evolução ainda estava em um estágio pouco evoluído e sugeriu a participação dos prestadores. Dr. **Gilson Coleman**, diretor da DIGES/ANS, dirigiu-se ao Dr. Márcio Coriolano para reiterar que o processo de avaliação primava pela tecnicidade e que era preocupação do grupo coordenador buscar a qualidade técnica dos indicadores. Observou, porém, que nenhum processo de avaliação era infalível, trazendo problemas que são aperfeiçoados no decorrer do tempo. Frisou que a Agência possuía a preocupação de sempre fazer a análise por modalidade, por porte e por segmento e lembrou que diversas sugestões, inclusive as da FENASEG, haviam sido aceitas no sentido de se incorporar novos indicadores, a exemplo dos odontológicos e de garantia e solvência. Disse que o documento encaminhado pela empresa *SR Rating* seria respondido, tendo adiantado que não concordava com algumas das observações constantes do parecer, tendo em vista que a qualificação não era um fato consumado, sem perspectivas de mudanças. Referiu-se à fala da Dra. Rosângela Santos, da FARBRA, para afirmar que era preciso aperfeiçoar o processo, inclusive para aprofundar a percepção acerca das relações estabelecidas entre beneficiários e prestadores de serviço e como isso afetava a qualidade da prestação, conforme colocado pelo Dr. Samir, da AMB. Dr. Gilson ressaltou que a premissa na avaliação da saúde era “avaliar para mudar”, comentando que os indicadores utilizados para essa avaliação eram ainda muito generosos, pois grande parte deles possuíam comparação entre os diversos componentes do setor. Se a Agência optasse por utilizar parâmetros internacionais, a avaliação iria piorar consideravelmente, de modo que a conduta estava sendo no sentido de fazer comparações passíveis de comparação real, que era o comportamento do setor como um todo. Dirigindo-se ao Dr. Samir, Dr. Gilson respondeu que a Agência vinha checando as informações encaminhadas, porém acreditava que, em princípio, existia um grau de responsabilização no encaminhamento das informações, mas que, em caso de fraude, haveria autuação. Dr. Gilson aproveitou a oportunidade para anunciar que a partir daquela data a Agência retomaria as reuniões que costumava fazer com operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor com vistas a aprofundar a análise do programa e, se fosse o caso, até incorporar novos indicadores, a exemplo dos indicadores sugeridos pelo representante da AMB. Dr. **Fausto dos Santos** retomou a palavra para ponderar que em qualquer processo de avaliação era quase que impossível estabelecer critérios absolutamente consensuais, pois a discricionariedade do critério ou dos indicadores definidos acabaria por afetar uma das partes, de uma forma diferenciada. Declarou que, do ponto de vista da diretoria colegiada, o trabalho fora iniciado em razão da percepção do relativo grau de maturidade do processo e que, portanto, havia o entendimento acerca da não imunidade a várias visões e divergências sobre a utilização de um tipo de indicador em vez de outro. Enfatizou que se tratava de uma decisão política do ponto de vista da política institucional, de modo que não havia a intenção de colocar conceitos como absolutos em cada uma das operadoras, individualmente, e tampouco colocar todas no mesmo

340 processo, reafirmando que essa era inclusive a lógica do processo de divulgação. Na sequência,
341 passou a palavra ao Dr. **Eduardo Sales**, diretor da DIFIS, - que relatou o caso de uma instituição
342 que tentara impugnar o processo de qualificação na sua primeira fase e que o Judiciário federal havia
343 entendido como válida, regular e constitucional a atuação da ANS - para ilustrar o cuidado dos órgãos
344 técnicos da Agência no processamento, manuseio e publicação da informação recebida das
345 operadoras. Reafirmou que aquilo que não podia ser publicado era resguardado pelo sigilo e colocou-
346 se à disposição dos presentes para discussão do assunto. Dr. **Fausto** passou a palavra ao Dr. **Sérgio**
347 **Werneck**, do Procon/SP, que expressou a sua satisfação com a apresentação do novo diretor da
348 DIFIS. Disse que era anseio de todos que a Agência propicie a interação de suas ações e políticas
349 para a integração dos diversos órgãos, e parabenizou a instituição pelo caminho adotado. Com
350 referência à apresentação do Dr. Gilson, disse que, como defensor do direito dos consumidores,
351 concordava com a transparência dos dados mas que era preciso que os índices não deveriam ser
352 somente retroativos mas também prever condições futuras quanto à capacidade de continuar
353 prestando o melhor serviço possível. Dessa perspectiva, classificou de insuficiente a qualificação em
354 quatro notas e sugeriu que fossem divulgadas as notas reais obtidas e não somente por faixa. No que
355 se refere à qualificação da saúde suplementar, afirmou que era preciso trabalhar com os dados
356 disponíveis para avançar e congratulou a Agência pela coragem de dar o primeiro passo em direção à
357 qualificação da saúde suplementar, a fim de que o país pudesse chegar ao estágio em que os
358 consumidores sejam mais respeitados e tenham ciência efetivamente daquilo que estejam
359 contratando do mercado de consumo. Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, questionou a diretoria
360 colegiada quanto à “certeza” das informações prestadas pelas 906 operadoras analisadas e considerou
361 que a plena qualidade de informação acabava comprometida em razão da dificuldade de
362 implementação das exigências dos normativos da Agência. Afirmou que a qualidade técnica tinha que
363 ser aferida dentro da realidade das operadoras e frisou que a UNIODONTO não havia recebido até
364 então qualquer retorno das reivindicações feitas à ANS, a exemplo da consulta odontológica para qual
365 muitas cooperativas não computam valor específico; o que também ocorre com os procedimentos
366 preventivos. Questionou, ainda, se a pontuação ora informada ao consumidor pelo programa de
367 qualificação correspondia à realidade da operadora e solicitou que fosse divulgada a situação das
368 operadoras liquidadas no semestre anterior, para que se pudesse avaliar o efeito da metodologia da
369 Agência na avaliação das operadoras. Dra. **Hilma Araújo dos Santos**, do Procon/SP, congratulou o
370 Dr. Eduardo Sales e disse que se sentia honrada em participar daquela discussão como titular dos
371 órgãos de defesa do consumidor, representando o Procon de São Paulo. Contou que acompanhara
372 todo o processo de regulação, pois fora responsável pela área de saúde da entidade durante muitos
373 anos. Com relação à pesquisa, manifestou preocupação com o indicador de satisfação dos

374 beneficiários, pois estavam baseados nos índices de reclamação consolidados nos autos de infração e
375 nos índices de processos transitados em julgado. Considerou que a divulgação de tal dado como
376 índice de satisfação de usuários poderia levar a erro, tendo em vista o fato de algumas operadoras
377 apresentavam índice absolutamente total de satisfação, o que levava a crer que não estariam
378 transmitindo a realidade. Dessa forma, observou que era prematuro fazer a divulgação de dados que,
379 embora reais, não expressavam a realidade. Dr. **Vítor Gomes Pinto**, da CNI, deu as boas-vindas ao
380 Dr. Eduardo Sales na função de diretor da DIFIS, área que considerava extremamente delicada na
381 Agência, pois era a responsável pelo combate direto e pelo relacionamento com as operadoras.
382 Destacou a proposta do Dr. Eduardo de aprofundar relacionamentos, em especial com o Judiciário e
383 com a defesa do consumidor, pois era preciso discutir mais com a sociedade. Desejou-lhe sucessos e
384 colocou a CNI à disposição da nova diretoria. No que se refere à fala do Dr. Gilson, Dr. Vítor apontou
385 a importância da adoção de processos ligados à promoção da saúde e à prevenção de doenças, no
386 contexto do modelo de atenção à saúde, não só para a Agência, mas para o país como um todo.
387 Falou sobre a expectativa de superação das dificuldades do SUS e de uma articulação melhor entre os
388 vários prestadores. Observou que havia um número muito grande de indicadores e propôs que
389 houvesse um grupo de indicadores centrais, de modo a facilitar as análises. Chamou a atenção para
390 as discordâncias no que se refere à atualização das informações apresentadas. Solicitou
391 esclarecimentos quanto ao número real de pessoas cobertas pelo sistema de saúde suplementar e
392 quanto aos beneficiários que estão ligados à indústria, comércio e setor de bancos. Dr. **José Cláudio**
393 **Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, justificou a ausência do Dr. Celso que não pode comparecer à reunião
394 devido à formatura de seu filho como médico. Dirigindo-se ao Dr. Fausto, disse que depois de ouvir as
395 considerações do Dr. Márcio Coriolano, ficara apavorado. Revelou que desde a apresentação do
396 programa em dezembro de 2005 havia manifestado a sua preocupação com relação aos prazos
397 exíguos definidos para adequação aos normativos publicados desde então. Dessa forma, argumentou
398 que muitas UNIMEDs haviam sido prejudicadas, esclarecendo que a credibilidade era um fator
399 fundamental no segmento. Expôs ainda a sua preocupação em relação à divulgação e um pedido do
400 Sistema Unimed no sentido de que toda vez que a ANS solicitar novas informações, seja estabelecido
401 um prazo razoável para adaptação dos sistemas de informática das operadoras, principalmente
402 quando as informações novas são solicitadas com fundamento em um dispositivo genérico como o art.
403 4º, inciso XXXI, da Lei nº 9.961/00. Dr. **Gilson Caleman**, diretor da DIGES, reportando-se à fala do
404 Dr. Sérgio Werneck, do Procon/SP, ressaltou a preocupação da Agência com a transparência e com a
405 previsibilidade, frisando que condução do processo se daria sob uma perspectiva pró-ativa, definida
406 pela avaliação das informações dos indicadores. Com relação à divulgação das quatro notas, afirmou
407 que mesmo parecendo insuficientes, elas demonstravam a realidade do mercado. Dessa perspectiva,

408 a sua divulgação a partir da incorporação de novos indicadores funcionaria como prática indutora, no
409 sentido de demonstrar os avanços obtidos e o estágio atual do processo. Reiterou que nenhum
410 processo de avaliação é infalível e que era preciso caminhar para avançar. Dirigindo-se à Dra. Hilma,
411 do Procon/SP, destacou que a satisfação do beneficiário estava pautada por dados reais, e que o
412 trabalho da Agência era identificar quais informações haviam gerado autuação e quais haviam gerado
413 o processo divulgado. Concordou que esse não era um indicador completo, mas que isso seria
414 aperfeiçoado no decorrer do tempo revelando que estava prevista, na terceira fase da qualificação, a
415 articulação com os Procons, com vistas a realizar uma pesquisa mais ampliada sobre a satisfação do
416 beneficiário. Com relação ao questionamento do Dr. Egberto Miranda, da UNIODONTO, esclareceu
417 que as informações, seja de ordem econômico financeira, seja de atenção à saúde, vinham sendo
418 solicitadas pela Agência desde 2002, podendo ser encaminhadas a qualquer tempo. Frisou que o
419 problema era que não fazia parte da cultura de algumas operadoras trabalhar com a informação de
420 maneira estratégica e que essa informação solicitada não era apenas útil para a Agência, mas
421 também para o processo de gestão. Acrescentou que a base do trabalho da instituição era as
422 informações fornecidas pelas operadoras e que, portanto, elas possuíam também um grau de
423 responsabilidade muito grande no processo. Lembrou que, no que se refere ao SIP, fora dada
424 inclusive a oportunidade de encaminhar os dados de 2005 até junho de 2006, mas que ainda assim
425 muitas operadoras não o fizeram ou o fizeram de forma incompleta. Dirigindo-se ao Dr. José Cláudio,
426 da UNIMED, disse para que ele não ficasse apavorado porque o processo de avaliação nunca era
427 unânime. Expressou respeito pelo posicionamento do Dr. Paulo Rabelo de Castro, diretor da empresa
428 contratada pela FENASEG para avaliar o programa de qualificação, mas declarou que o ponto de vista
429 relativo aos indicadores de atenção à saúde constante do parecer era diferente do ponto de vista da
430 Agência. Ressaltou que a tecnicidade do processo de avaliação já fora aprovada por outros fóruns e
431 que algumas instituições de referência, a exemplo do INCRA, Ministério da Saúde e OPAS,
432 concordavam que esse processo era avançado. Dr. **Fausto dos Santos** pediu a palavra para que as
433 diferenças nos dados apontadas pelo Dr. Vitor deviam-se às datas dos cadernos de informação: um
434 era de 2005 e o outro de 2006. Acrescentou que a Agência não dispunha do número de beneficiários
435 vinculados à indústria, ao comércio e ao setor de bancos pois essa informação não constava do
436 cadastro de beneficiários. Entretanto, afirmou que a Agência poderia estudar a possibilidade de
437 incorporá-la a esse cadastro, na medida da necessidade e da capacidade do sistema. No que se refere
438 às demais questões levantadas pelo Dr. Egberto, Dr. **Fausto** convidou o Dr. **Afonso Teixeira**, da
439 Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos (GGTAP/DIPRO/ANS) para respondê-las. Dr. **Afonso**
440 explicou que, por regra geral, todos os indicadores de atenção à saúde eram baseados em dados
441 capturados pelo Sistema de Informação de Produtos (SIP). Dessa forma, frisou que, no caso dos

442 indicadores questionados pelo representante da UNIODONTO, a consulta inicial de odontologia
443 (anamnese e diagnóstico inicial feito pelo profissional) estava definida no SIP e deveria ser registrada
444 pelo prestador e depois no SIP pela operadora que contratou o serviço. Acrescentou que a forma de
445 pagamento por esse serviço nada tem a ver com o procedimento de registro em si, frisando que o
446 indicador era desenvolvido a partir do dado gerado por esse procedimento de registro. Da mesma
447 forma, os procedimentos preventivos deveriam ser considerados de forma individualizada e
448 registrados pelo prestador e depois lançados pela operadora, independente da forma de pagamento
449 acordada entre operadora e prestador. Dr. **Fábio Fassini**, da GGHAO/DIOPE, dirigiu-se ao Dr. Márcio
450 Coriolano, da FENASEG, para informar que o documento por ele encaminhado estava sendo estudado
451 com toda a atenção possível e que seria elaborada uma resposta formal. Disse que considerava esse
452 documento como contribuição para a metodologia e aproveitou a oportunidade para adiantar alguns
453 comentários no sentido de tranquilizar os integrantes da CSS. Com relação à solvência, afirmou que a
454 liquidez era um dado fundamental no mercado de saúde suplementar e que toda a empresa com
455 patrimônio líquido negativo estava sendo penalizada no processo de qualificação, sendo retirada do
456 mercado. Declarou que iria averiguar o que ocorrera com a empresa mencionada pelo representante
457 da FENASEG e considerou que, muito provavelmente, esse fato estava ligado à base de dados, pois a
458 primeira fase havia sido desenvolvida a partir de uma base bem menos confiável do que a existente
459 naquele momento. No tocante à metodologia, salientou na primeira fase os indicadores eram todos
460 clássicos, mas que na segunda fase, a novidade era o indicador de liquidez com base na necessidade
461 de capital de giro. Contou que esse indicador fora desenvolvido na Fundação Dom Cabral e
462 disseminado por escolas consagradas e com elevado grau de confiabilidade, a exemplo do IBMEC.
463 Descreveu que o indicador separava o que é liquidez do que é operacional, e que isso era muito
464 importante para o mercado de saúde, porque várias empresas usam contas operacionais como se
465 fossem contas líquidas. No que se refere à robustez, esclareceu que a Agência trabalhava com 90%
466 das informações do universo e utilizava os próprios números como parâmetros para que as empresas
467 pudessem fazer comparações de seu desempenho na sua modalidade e no geral. Citou casos na
468 história econômica em que empresas de *rating* falharam em suas análises, a exemplo da falência da
469 Parmalat e do Banco Santos, como também ponderou que o grupo técnico da Agência possuía, ao
470 lado da *expertise* conquistada nas escolas de negócio e de ensino, uma vivência de cinco anos no
471 setor. Esclareceu que as autogestões patrocinadas haviam recebido nota um porque o grupo
472 entendera que se existia um patrocinador cobrindo qualquer desequilíbrio econômico financeiro, a
473 empresa em tese estaria 100% segura. Aduziu que isso mudaria com a nova RN de autogestão, pois
474 novas informações passariam a ser recebidas com mudanças na forma de avaliação dessas empresas.
475 Comentou ainda que os analistas financeiros tendem a analisar as empresas de uma forma meio

476 padronizada, baseando-se em um conjunto de cerca de 10 indicadores para avaliar a capacidade
477 financeira, sem levar em conta as peculiaridades na atuação dessas empresas, e que o trabalho da
478 Agência implicava um refinamento de indicadores. Dra. **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, registrou
479 os cumprimentos do segmento pela recondução do Dr. Leôncio e deu as boas-vindas ao Dr. Eduardo
480 Sales, desejando a ambos sucesso em suas funções. Reconheceu a qualidade técnica do trabalho da
481 política de qualificação e o visível avanço observado desde a sua implantação, sobretudo quando se
482 trata de um setor carente de indicadores. Falou sobre o receio inicial da UNIDAS em relação à
483 divulgação dos resultados por operadora, mas que a partir do conhecimento do trabalho final,
484 entendia ser positiva, pois dá a oportunidade para que cada operadora verifique o seu resultado e
485 aprimore cada vez mais as informações, podendo melhorar os respectivos indicadores, principalmente
486 os referentes à Atenção à Saúde. Afirmou que o TISS poderia contribuir para tornar mais consistentes
487 as informações apresentadas pelo Dr. Gilson e corroborou a posição da ANS no tocante à importância
488 dos indicadores para a gestão dos programas de assistência à saúde. Reconheceu também a
489 disposição da Agência em continuar aceitando as críticas e o debate, visando aprimorar a política de
490 qualificação, por entender a necessidade de aperfeiçoamento dada a ousada dimensão do projeto.
491 Contou que a UNIDAS, como entidade representativa da autogestão, havia feito críticas à política de
492 qualificação tendo recebido algumas respostas. Afirmou que a entidade faria uma avaliação
493 aprofundada dos resultados apresentados e enviaria contribuições à ANS visando ao aprimoramento
494 da política. Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS, indagou o custo da impressão do material do
495 programa de qualificação que fora distribuído aos integrantes da CSS e sugeriu a utilização de papel
496 reciclado, pois julgava que seria mais econômico para os usuários. Comentou que os custos dos
497 serviços públicos assim como dos gastos dos convênios médicos eram pagos, em última instância,
498 pelo consumidor e que nem sempre ele se dava conta disso. Na sequência, perguntou sobre a
499 situação da GEAP no resto do Brasil, revelando que em Pernambuco a empresa ia muito mal;
500 questionou, ainda, se a nota de 0,75 atribuída à empresa devia-se ao envio da informação ou à
501 comprovação do que a empresa, de fato, estava fazendo. Alertou que também era preciso verificar
502 como esse trabalho da GEAP e de outras empresas vinha sendo feito. Chamou, ainda, a atenção para
503 alguns aspectos verificados na publicação com os resultados da qualificação, a exemplo da nota
504 (0,50) dada à empresa ASL, de Pernambuco, e o percentual (50%) atribuído à atenção à saúde.
505 Frisou que a atenção à saúde tem que estar associada à satisfação do beneficiário. Citou a relação
506 entre má assistência e tecnologia e defendeu a necessidade de controle social, no que tange à
507 odontologia, à saúde pública e à saúde suplementar, relatando que no estado de Pernambuco já havia
508 sido gasto cerca de um milhão de reais sem qualquer resultado. Reiterou sugestão feita anteriormente
509 à ANS para que o controle social fosse feito pelos usuários, relatando trabalho desenvolvido pela

ADUSEPS que obtivera reconhecimento da União dos Bancos Suíços. Ponderou que era preciso que cada ator envolvido tivesse clareza do que desejava: se um sistema equilibrado ou fazer de conta que está atendendo. Referindo-se a notícias publicadas naquele dia em jornais do Recife sobre uma suposta revenda da carteira da Sul América para a Golden Cross bem como a crises em outras operadoras, questionou qual era o papel da ANS na fiscalização das empresas e **propôs uma parceria de trabalho envolvendo seguradoras, ABRAMGE, ADUSEP, entidades de defesa do consumidor, Procons e ANS no sentido de uma ação concreta na intervenção do mercado.** Finalizou expressando preocupação em relação à qualidade expressa nos indicadores e a realidade das operadoras. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, parabenizou o Dr. Eduardo Sales pela indicação e aprovação no Congresso Nacional bem como o Dr. Leôncio pela sua recondução ao cargo. Estendeu as felicitações também ao Dr. Márcio Coriolano e à FENASEG por ter propiciado o estudo técnico sobre o programa de qualificação. Revelou que a ABRAMGE chegara a contatar autoridades internacionais com vistas a fazer um estudo semelhante, não só da área mais técnica, mas também da atenção à saúde. Defendeu que a qualificação deveria ocorrer da mesma forma que no nível internacional, cujos índices eram bastante diferentes dos que estavam sendo utilizados pela Agência. Declarou-se também contrário à possibilidade de a Agência fazer um tipo de *ranking* com os resultados obtidos, que considerava contra-indicado, acrescentando que tinha dúvidas a respeito da publicidade dos dados fornecidos pelas operadoras. Questionou ainda a confiabilidade do fornecimento de dados e da utilização de dados de mortalidade como referencial de qualidade de atenção à saúde, pois entendia que deveriam ser utilizados os dados relativos a procedimentos preventivos. **Solicitou que ficasse registrado em ata o elogio à FENASEG** e destacou a disposição do Dr. Gilson em aceitar críticas e sugestões. O **diretor da DIGES**, respondendo de forma geral aos comentários da Dra. Renê e do Dr. Arlindo, reafirmou que o processo de avaliação era fundamental para checar as informações, ao mesmo tempo em que elas lhe serviam de insumo. Considerou, entretanto, que a informação sozinha não bastava e que quem informa possuía uma responsabilidade, inclusive legal, sobre essa informação. Afirmou que na nova fase do programa de qualificação, a checagem das informações econômico-financeiras recebidas das empresas vinha sendo feita por meio de visitas técnicas, sob a responsabilidade da DIOPE, e que numa etapa posterior seria estendida a todos os outros tipos de informação. Disse que a Agência iria usar o seu poder de polícia, no caso de constatar erros e inadequações nas informações, mas que esse não era o interesse da instituição, e sim utilizar a qualificação para introduzir mudanças no modelo. Enfatizou que isso vinha sendo feito com um alto grau de tecnicidade e de lisura. Dr. **Márcio Coriolano** pediu a palavra para esclarecer que a intenção da FENASEG ao divulgar a avaliação da qualificação no âmbito da CSS era enobrecer o trabalho da Câmara no sentido de exercer a sua função consultiva para opinar sobre

544 assunto de fundamental interesse para o mercado de saúde suplementar. Declarou que a metodologia
545 adotada pelo programa de qualificação da saúde suplementar levava a equívocos que poderiam
546 causar danos tanto ao consumidor quanto às operadoras. Dessa forma, **reiterou o pedido para que**
547 **a Agência colocasse à disposição dos conselheiros e representantes a avaliação elaborada**
548 **sob os auspícios da FENASEG.** Dr. Gilson confirmou que o documento seria encaminhado aos
549 membros da CSS e que também seria considerado como subsídio ao aperfeiçoamento da política de
550 qualificação. **INFORME 1 – BALANÇO DAS AUTORIZAÇÕES DE FUNCIONAMENTO** - O Gerente-
551 Geral de Normas e Análise de Mercados (GGNAM/DIOPE), **Ricardo Bacelar**, relatou que a
552 autorização de funcionamento de operadoras estava disciplinada pela RN 100, de 2005, e que com
553 base nas informações solicitadas por essa RN fora realizada uma análise das empresas que permitiu
554 constatar que 830 delas ainda apresentavam pendências, classificadas em três grupos básicos: (i)
555 capital mínimo e provisão de risco; (ii) pendências econômico-documentais; e (iii) pendências
556 administrativas. As pendências do primeiro grupo estavam baseadas na RDC 57, de 2001. No tocante
557 ao segundo grupo, foram observados os seguintes tipos de pendências: ajuste de segmentação;
558 balancete; DIOPEs e o parecer da auditoria; publicação das demonstrações contábeis e o plano de
559 contas. Dr. Ricardo Bacelar revelou que as pendências administrativas eram residuais, abrangendo
560 todas aquelas que não se enquadravam nas duas primeiras categorias. Nesse contexto, chamou a
561 atenção para duas questões: o esquecimento das operadoras em solicitar a autorização de
562 funcionamento após analisar a RN 100 e encaminhar a documentação solicitada; e o desconhecimento
563 do mercado em relação à parte da regulação, a exemplo de alguns dos termos utilizados. Na
564 seqüência, contou que a análise das 830 operadoras fora realizada de forma a evitar conflito de
565 posições entre as empresas e destacou alguns resultados. Das 260 operadoras com problemas de
566 capital mínimo e de risco, 118 eram de medicina de grupo e 120 estavam em São Paulo, sendo as
567 demais distribuídas em diversos estados. Das 388 operadoras com pendências econômico-
568 documentais, 118 eram cooperativas médicas e 102 de medicina de grupo, sendo que mais uma vez
569 fora observado impacto sobre todo território, embora o maior número de operadoras (230) também
570 estivesse concentrado em São Paulo. Das 182 operadoras com pendências administrativas, 54 eram
571 autogestões patrocinadas e 110 estavam em nesse estado. No que se refere a todas os tipos de
572 pendências, sete operadoras de grande porte apresentaram pendências administrativas e oito
573 estavam com pendências de capital mínimo. Revelou que as ações definidas pela Agência, no sentido
574 de dar uma oportunidade para o mercado e solucionar as questões, envolveram a divisão em dois
575 grupos básicos - operadoras com consumidores e operadoras sem consumidores. Nesse segundo
576 grupo, que contempla 55 operadoras, optou-se pela liquidação ordinária, sendo que após a aceitação
577 e cumprimento por parte da empresa, o registro seria cancelado. Caso a liquidação ordinária não

578 fosse cumprida seria feita a liquidação extraordinária. Em relação ao primeiro grupo, apontou
579 subdivisão entre as operadoras não interessadas em operar e as desejosas de operar. No primeiro
580 caso, as empresas receberiam uma determinação de alienação de carteira e liquidação ordinária, que
581 uma vez cumprida, levaria ao cancelamento do registro da operadora; caso não, a liquidação seria
582 extraordinária. Dr. Ricardo destacou que nesse estágio, se a pendência administrativa fosse pequena
583 e pudesse ser dispensada, haveria a possibilidade de conceder um registro condicionado; caso
584 contrário, seria dado prazo de 15 dias após o qual as opções seriam as seguintes: concessão do
585 registro ou a celebração de termo de ajuste de conduta, com a concessão de um registro
586 condicionado. No que se refere à pendência documental, esclareceu que o caminho era o termo de
587 ajuste de conduta. No caso de pendência de capital mínimo, a empresa teria que apresentar um plano
588 de recuperação econômico com detalhamento de proposta sobre como pretende resolver as
589 pendências. Aduziu que o termo de ajuste de conduta tinha por base a RDC 57, e o plano de
590 recuperação, a RDC 22, comentando que embora houvesse um projeto de modificação do plano de
591 recuperação, a mudança fora postergada a fim de manter a tranquilidade no mercado como um todo.
592 Na sequência, **Everardo Braga**, da GGEOP/DIPRO, apresentou a situação do processo de
593 autorização de funcionamento. Disse que 909 operadoras haviam atendido aos requisitos do registro
594 de produto, possuindo pelo menos um plano de referência cadastrado na Agência, conforme as
595 características estabelecidas na RN 100. Explicou que no caso de operadoras com cadastro da
596 operação anterior à lei 9.656/98, havia registro no sistema de cadastro preventivo. Acrescentou que
597 196 haviam também cumprido a etapa de registro de operadora na DIOPE/ANS. Sob a perspectiva da
598 distribuição por modalidade, apontou o seguinte quadro: 172 odontologias de grupo; 83 cooperativas
599 odontológicas; 247 medicinas de grupo; 209 cooperativas médicas; nove seguradoras especializadas
600 em saúde; 125 autogestões e 64 filantrópicas. Lembrou que em razão de algumas dessas empresas
601 não possuírem o plano referência ou plano já cadastrado na ANS por ocasião do registro provisório,
602 elas tiveram que entrar no processo de registro de novos produtos, cuja situação até aquele momento
603 era a seguinte: análise de 88% das solicitações, sendo 73% com retorno para as empresas no prazo
604 normativo de 60 dias; e conclusão de 14% das solicitações, com 11% no prazo adicional de 60 dias
605 para ajustes pelas operadoras. Dr. Braga avaliou esse percentual de conclusão como baixo e destacou
606 a grande dificuldade na discussão desses processos, nas observações feitas pela diretoria e no
607 atendimento dessas pendências pelas operadoras. Discorreu sobre a adequação de registros
608 provisórios, chamando a atenção para alguns dados: em 31 de agosto havia perto de 33 mil planos
609 com registro provisório, sendo 14 mil cadastrados dentro da Agência, fato que havia possibilitado às
610 operadoras prosseguir no processo de ajuste. Enfatizou o trabalho a ser feito na análise dessas 14 mil
611 situações e revelou que 473 empresas já haviam cumprido todos os requisitos, enviando dados de

612 todos os seus planos, e que 472 outras, responsáveis por cerca de oito mil planos só haviam cumprido
613 parcialmente esse requisito. Acrescentou que 640 empresas não haviam enviado qualquer tipo de
614 informação à Agência e que 180 estavam tendo dificuldades em cumprir esse requisito, recebendo um
615 atendimento especial, caso a caso, para que pudessem avançar no processo e passar para o estágio
616 em que se situam os dois primeiros grupos de empresas. No que se refere aos planos, apontou que
617 pouco mais de 13 mil situavam-se na categoria “não devolvidos pelas operadoras” e “sem
618 beneficiários”, de modo que os respectivos registros provisórios haviam sido cancelados com base na
619 informação relativa ao mês de julho, do cadastro de beneficiários. Destacou ainda os cerca de cinco
620 mil planos que aparentemente possuíam beneficiários, pois as empresas não haviam enviado
621 informação a ANS, e os cerca de dois mil planos cujas empresas haviam informado parcialmente à
622 Agência, foram classificados como “sem beneficiários”. Dr. Braga esclareceu que as empresas
623 estavam ajustando as informações para que, em vez de serem cancelados, esses planos fossem
624 transformados em ativos com comercialização suspensa; e que em relação àqueles cinco mil planos,
625 eles não poderiam ser mais vendidos, uma vez que a Agência já estava entrando em processo de
626 cancelamento. Revelou que a grande preocupação girava em torno dos quase dois planos de
627 operadoras que vinham mantendo contato com a DIPRO e das 180 operadoras que estavam com
628 muita dificuldade de cumprir as etapas. Conclui afirmando que considerava as operadoras
629 relacionadas aos cerca de 4.600 planos como empresas que não mais atuavam no mercado. **INFORME**
630 **2 – SEMINÁRIO INTERNACIONAL “REGULAÇÃO EM SAÚDE: QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE**
631 **SUPLEMENTAR” – Alexia Luciana Ferreira**, da GGACI/DIGES, comunicou a realização, no período
632 de 7 a 9 de novembro, de seminário internacional promovido pela ANS, intitulado “Regulação em
633 Saúde e Qualificação em Saúde Suplementar”. Relatou que o objetivo do evento é a troca de
634 experiências entre o público de operadoras, da academia e dos centros colaboradores, bem como dos
635 quadros da Agência, órgãos de defesa do consumidor e prestadoras. Acrescentou que o evento está
636 estruturado a partir de temas provocados pelas quatro dimensões do programa de qualificação e que
637 são de interesse da regulação do setor. Disse que o seminário irá acontecer no Rio de Janeiro, no
638 Hotel Glória, e que os integrantes da CSS seriam posteriormente convidados. **ITEM 3 –**
639 **APRESENTAÇÃO DA MINUTA DE RESOLUÇÃO (em consulta pública) QUE REGULAMENTA**
640 **AS ENTIDADES DE AUTOGESTÃO – Leonardo Xexéo**, da GGNAM/DIOPE, anunciou quealaria
641 somente sobre conceitos e diretrizes da minuta de Resolução Normativa que estava sob consulta
642 pública. Como primeiro ponto, comentou sobre a definição de “autogestão” – pessoa jurídica que
643 opera plano privado de saúde para um grupo predeterminado de beneficiários que possui um mesmo
644 vínculo com a entidade. Dessa forma, esclareceu que, em relação aos planos, as entidades de
645 autogestão poderiam somente operar planos coletivos fechados, e que a RN deixava ainda mais claro

646 esse requisito. Como segundo ponto conceitual, falou sobre “plano coletivo” – aquele que é oferecido
647 a um grupo que possui o mesmo vínculo, isto é, previsto no regulamento ou no estatuto da entidade
648 de autogestão. Frisou que a penalidade pela inclusão de algum beneficiário que não estivesse dentro
649 do vínculo, ou que não fosse adequado, seria a possibilidade de reclassificação depois de um processo
650 administrativo. Em seguida, apontou algumas normas sobre funcionamento da entidade de
651 autogestão, destacando as figuras do instituidor, do patrocinador e do mantenedor, criadas pela RN.
652 Explicou que o instituidor é a pessoa jurídica que institui o plano, ou seja, a associação, a fundação
653 que terá o plano para o seu grupo de beneficiários; em relação ao patrocinador, falou das
654 divergências conceituais entre a DIOPE e a DIPRO, sendo que na RN o patrocinador era definido
655 como aquele que assume a responsabilidade por parte ou pelo custeio integral do plano, isto é,
656 aquele que vai custear o plano dos seus próprios beneficiários. No tocante à terceira figura, o
657 mantenedor, definiu como o responsável por garantir o risco da operação, equivalendo ao antigo
658 patrocinador, conforme os conceitos da DIOPE. Salientou que para a operação do plano, a regra geral
659 era a definição de um objeto social específico, exclusivo para a operação de plano privado de
660 assistência à saúde, de acordo com a lei. Lembrou que havia algumas exceções previstas na RN e que
661 fora discutido com a equipe da UNIDAS a necessidade de participação dos instituidores e beneficiários
662 nos órgãos estatutários da própria entidade de autogestão. Lembrou ainda a vedação à terceirização
663 da administração dos serviços assistenciais, que terão que ser administrados de forma direta,
664 conforme indicado na minuta da RN. Referiu-se também à mudança na garantia de risco, que deverá
665 ser feita por todas as autogestões, independente de serem ou não patrocinadas, por meio de um
666 termo de garantia do mantenedor, do qual deverá constar o último balancete com a indicação das
667 provisões necessárias da alteração, ou com a constituição de reservas, no caso das patrocinadas. Com
668 base nisso, a DIOPE iria analisar e verificar se haveria garantia econômico-financeira suficiente para
669 arcar com o risco da operação; caso contrário, a empresa teria que constituir garantia financeira nos
670 mesmos moldes e limites previstos para as demais operadoras. Acrescentou que as entidades de
671 autogestão interessadas em constituir garantias financeiras teriam o mesmo prazo concedido para as
672 demais operadoras, que seria escalonado em seis anos, sendo até 15% no primeiro ano e depois
673 aumentando com o decorrer do tempo até alcançar 100%. Com relação ao aspecto econômico-
674 financeiro, ressaltou que as entidades de autogestão começariam a encaminhar as informações
675 econômico-financeiras cadastrais e operacionais conforme instrução normativa a ser editada pela
676 DIOPE, frisando que, de acordo com o estabelecido, elas estariam sujeitas à aplicação dos regimes
677 especiais previstos para as demais operadoras. Explicou que constatadas alterações substanciais no
678 equilíbrio econômico-financeiro e/ou assistencial, a ANS poderia deliberar pela decretação de alguma
679 das modalidades previstas no artigo 24 da lei 9.656. Dr. Leonardo relatou ainda que haveria algumas

680 regras de ingresso e de saída de mantenedores e de patrocinadores da entidade de autogestão. O
681 mantenedor teria que comprovar o seu enquadramento e o de seus beneficiários dentro do prazo
682 predeterminado no estatuto da entidade. No tocante ao patrocinador, a empresa teria que
683 encaminhar um convênio de adesão celebrado e totalmente adequado aos requisitos previstos na RN,
684 sendo que o texto desse normativo continha a definição de convênio de adesão e os conteúdos
685 mínimos para esse tipo de convênio. Na hipótese de ingresso de forma irregular, explicou que
686 independentemente da configuração de infração administrativa, a ANS poderia promover a
687 reclassificação de modalidade. No âmbito das regras para a saída de entidades, Dr. Leonardo concluiu
688 destacando que, segundo a RN, teriam que ser encaminhados os mesmos documentos solicitados
689 para o encerramento de uma operadora normal. Dr. **Fausto** retomou a palavra e frisou que a minuta
690 de RN ficaria em consulta pública por 20 dias a contar de 19 de agosto. Declarou que a Agência
691 estava aberta a sugestões e contribuições, comentando que o processo de discussão das autogestões
692 já vinha sendo feito com a UNIDAS havia quase um ano e, portanto, anterior à lei que estabelecera a
693 necessidade de 180 dias para a regulamentação do patrocínio. Enfatizou que nesse contexto fora
694 inevitavelmente discutir também a regulamentação do setor, para o que a ANS havia buscado a
695 interlocução com os diferentes segmentos e modalidades, bem como a participação em discussões no
696 Congresso Nacional, recebendo contribuições de diversos regulados. Dessa forma, considerou que o
697 texto da RN estava relativamente equilibrado e falou que a pretensão da Agência ao regular o setor
698 de autogestão era preservar a pluralidade, buscar o equilíbrio, evitar reserva de mercado e aprimorar
699 a concorrência no setor. Acrescentou que como órgão regulador reconhecia na pluralidade do sistema
700 um dos seus grandes impulsionadores e afirmou que a Agência espera ter sido bem sucedida em sua
701 iniciativa. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, disse que não faria qualquer avaliação naquele
702 momento, pois iria encaminhar a análise da entidade conforme os prazos estabelecidos. Solicitou
703 esclarecimento ao Dr. Leonardo Xexéo quanto às provisões técnicas, indagando se a empresa teria
704 que dispor de garantia financeira e apresentar o termo de compromisso; caso contrário, teria que
705 constituir essa garantia. Argumentou que o texto da RN não dava essa idéia e perguntou se a sua
706 interpretação estava correta. Dr. **Fausto** confirmou que o termo de compromisso teria que ser
707 constituído por meio do mantenedor ou por meio da empresa. Dr. **Xexéo** explicou que a empresa
708 precisava ter a garantia financeira, o que poderia ser feito de duas maneiras: (a) a primeira, por meio
709 do mantenedor, que teria de escriturar o risco de forma separada no seu balancete contábil; (b) a
710 segunda maneira seria a constituição de garantia financeira pela entidade de autogestão conforme o
711 prazo de escalonamento estabelecido na RDC 77. Assim, reiterou que as autogestões eram obrigadas
712 a ter garantia financeira, através de um mantenedor ou através de dinheiro contabilizado. Dr. **Sérgio**
713 **Rosa**, do MPAS, referiu-se à fala do Dr. Vítor Gomes, da CNI, para comentar a importância da

714 segmentação dos segurados, uma vez que os indicadores que estavam sendo discutidos
715 apresentavam uma relação entre o que se desejava medir; dessa forma, afirmou que quando não se
716 apurava a origem do segurado não havia como levantar um índice, razão pela qual considerava a
717 construção de índice uma boa medida. Destacou que quando o índice cumpria a sua finalidade,
718 contribuía para a satisfação do usuário e lembrou a experiência do sistema geral de previdência para
719 reiterar a importância de se identificar as necessidades de um determinado grupo de usuários, como
720 contribuição ao desenvolvimento de uma ação preventiva mais eficiente para a melhoria do sistema.
721 Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, disse que o documento seria analisado e as observações
722 posteriormente encaminhadas a ANS. Dra. **Hilma Araújo**, do Procon/SP, expressou a sua
723 preocupação com relação à possibilidade de descumprimento da norma pela autogestão ao contratar
724 beneficiários sem vínculo com o grupo (conforme artigo segundo, parágrafo quarto). Considerou que
725 mesmo diante da possibilidade de a autogestão ser reclassificada pela ANS, sua preocupação era com
726 a situação do consumidor que fora lesado. Sugeriu assim que fosse pensada uma forma de exigir a
727 comprovação no momento da contratação, pois na maioria das vezes o consumidor somente ficava
728 sabendo posteriormente à essa contratação. Dr. **Fausto** esclareceu que a reclassificação da
729 operadora pela ANS era devido a esse tipo de situação, pois ao ser reclassificada como medicina de
730 grupo, por exemplo, ela teria que atender aquele consumidor para quem vendera um plano fora do
731 grupo. Reforçou que a empresa perderia o *status* de autogestão, mas que o consumidor estaria
732 protegido. Dra. **Hilma** indagou se as opções seriam ou a empresa regularizava a sua situação em até
733 60 dias ou seria reclassificada para medicina de grupo, ao que o Dr. **Fausto** aduziu que se a empresa
734 capturasse uma carteira fora de seu estatuto teria que transferi-la, caso contrário seria reclassificada.
735 Contudo, se optasse por continuar como autogestão, o grupo que havia aderido a ela, de forma
736 irregular, teria que ser transferido para outra operadora do ramo comercial das lucrativas. Dr. **Vítor**
737 **Gomes Pinto**, da CNI, comentou que a expansão do mercado estava relacionada à análise dos
738 públicos e perguntou como ficara o conceito de multipatrocínio na nova RN. Dr. **Leonardo Xexéo**
739 respondeu que a entidade de autogestão poderia ter mais de um mantenedor ou patrocinador
740 contanto que a respectiva provisão ao seu grupo de beneficiários estivesse escriturada no balanço, de
741 forma separada. Dr. **Vítor** perguntou se esse seria o mantenedor, segundo a terminologia antiga, ao
742 que o Dr. **Leonardo** respondeu que a figura do patrocínio passara a estar relacionada ao custeio do
743 plano, ou seja, o mantenedor. Dr. **Fausto** complementou dizendo que, com base nesse novo
744 consenso, uma empresa poderia ter mais de um mantenedor assim como mais de um patrocinador,
745 dependendo do estatuto ao qual está vinculada e ao grupo fechado definido nesse estatuto. Dra.
746 **Marília Barbosa**, da UNIDAS, salientou a articulação da entidade com a ANS no sentido de
747 aprimorar a regulamentação para a autogestão. Na sequência, destacou alguns artigos da RN, que

eram resultado de discussões no âmbito da DIOPE e da ANS: restrição a doenças e lesões pré-existent; previsão de constituição de reserva para as operadoras que passaram a ser consideradas autopatrocinadas; previsão do encaminhamento de informações econômico-financeiras, de modo a resolver a ausência dessa informação na política de qualificação além de ensinar também o acompanhamento pela própria ANS dos indicadores econômico-financeiros das patrocinadas, o que até então não era possível. Acrescentou que a UNIDAS encaminharia sugestões de aprimoramento da RN no decorrer da consulta pública. Dra. **Renê Patriota**, falou de sua preocupação com a autogestão em Pernambuco, pois segundo ela, todos os hospitais não estavam atendendo às autogestões ligadas ao grêmio. **Reiterou ainda sugestão para o estabelecimento de parceria entre entidades, operadoras e seguradoras no sentido de evitar que o consumidor continue sendo lesado.** Solicitou também esclarecimento ao Dr. Bacelar quanto à existência de operadoras sem consumidor. Dr. **Fausto** respondeu que eram operadoras que em algum momento haviam se registrado na ANS mas que, como nunca haviam dado baixa, continuavam no cadastro da Agência e esta teria que seguir todos os procedimentos de liquidação para retirá-las do mercado. Dra. **Renê** desabafou que apesar das discussões e deliberações do Fórum de Saúde Suplementar em 2003, os problemas continuavam muito “básicos”. Sugeriu a criação uma fiscalização das operadoras que fosse mais enérgica. Falou ainda sobre modificações na lei, questionando se esta estava ficando “frouxa”. Dra. **Rosângela Santos**, da FARBRA, **sugeriu maior detalhamento e esclarecimento ao consumidor quanto a eventos decorrentes de doenças e lesões pré-existent.** Defendeu que esses aspectos deveriam estar mais claros no texto de modo a facilitar o entendimento do consumidor sobre o conceito de doenças e lesões pré-existentes e também sobre as carências. Dr. **Fausto** esclareceu que esses aspectos estavam definidos na legislação e também regulamentados pela ANS. Ressaltou que naquele momento o foco da discussão era se as entidades de autogestão deveriam cobrir os eventos decorrentes de doenças e lesões pré-existentes de seus beneficiários, pois estavam sujeitas às mesmas especificidades definidas na legislação. Anunciou que, em breve, seria apresentada uma RN destinada, especificamente, ao tema doenças e lesões pré-existentes. Dra. **Marília Barbosa**, da UNIDAS, alertou sobre o risco de debate sem responsabilidade e disse que cabia a ANS, como parte da política de qualificação, determinar se as informações eram válidas e se as notas eram corretas, para se evitar as críticas infundadas aos conceitos de algumas autogestões, por parte de alguns componentes da CSS. Contou que realmente em Pernambuco houvera uma ameaça de paralisação dos hospitais, mas que fora feito um acordo, de forma que, durante 60 dias, o atendimento aos beneficiários ocorreria normalmente. Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, deu os parabéns ao Dr. Eduardo Sales e chamou a atenção para a sustentabilidade do mercado que deveria estar calcada não só nos direitos do consumidor, mas também nos deveres. **Solicitou a**

782 **consolidação das normas e sugeriu a formação de uma biblioteca com os pareceres e**
783 **demais normas da Agência.** Criticou, ainda, a falta de comunicação entre as diretorias da ANS e
784 apresentou algumas questões: (a) se os entendimentos sobre os dispositivos contratuais prescindiam
785 da atuação da Procuradoria Geral da Agência; (b) necessidade de entendimento uniforme a respeito
786 dos termos de compromissos, principalmente quando envolvam a atuação de mais de uma diretoria
787 da ANS; (c) não agravamento das obrigações assumidas nos termos de compromissos em relação
788 àquelas operadoras que não tivessem sido fiscalizadas. Comentou também as sucessivas modificações
789 nas normas e o impacto disso sobre as operadoras. Dr. **Fausto** agradeceu as críticas do Dr. Egberto e
790 considerou que a unificação das condutas das diferentes diretorias era um dever da Agência e
791 prometeu que seria feito esforço para dar uniformidade às interpretações das diferentes diretorias
792 sobre um mesmo assunto. Dr. **Eduardo Sales** esclareceu que a Agência estava formalizando a
793 compilação do normativo existente para publicação de manual e reafirmou que a aproximação com os
794 Procons, para troca de informações, tinha o objetivo de garantir o equilíbrio e não de inviabilizar o
795 mercado. Dr. **Fausto** declarou que o debate sobre a RN estava encerrado. Lembrou que a próxima
796 reunião da CSS estava prevista para o dia 17 de outubro, mas que havia a possibilidade de alteração,
797 e frisou que todos seriam avisados com antecedência. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a
798 tratar, Dr. **Fausto dos Santos** agradeceu a presença de todos e encerrou a sessão.

799 Agência Nacional de Saúde Suplementar

800 Ministério da Previdência e Assistência Social

801 Ministério da Justiça

802 Ministério da Saúde

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

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

805 Associação Médica Brasileira – AMB

- 806 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB
- 807 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 808 Confederação Nacional da Indústria – CNI
- 809 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 810 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 811 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 812 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 813 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA
- 814 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 815 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 816 Força Sindical
- 817 Fundação de Defesa do Consumidor - PROCON São Paulo
- 818 Fundação de Defesa do Consumidor - PROCON São José dos Campos
- 819 Segmento de Autogestão da Assistência à Saúde - UNIDAS