

ATA DA QUADRAGÉSIMA QUINTA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA
DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS

ABERTURA – Às dez horas do dia doze de dezembro 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 Quinta Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **Gilson Coleman**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras (DIOPE/ANS); Dr. **Eduardo Sales**, Diretor de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dr^a **Alzira Jorge de Oliveira**, Secretária-Executiva da ANS; Dr. **Luiz Ricardo Trindade Bacelar**, da Gerência-Geral de Normas e Análise de Mercados (GGNAM/DIOPE/ANS); Dr. **Everardo Cancela Braga**, da Gerência-Geral de Estrutura e Operação de Produtos (GGEOP/DIPRO/ANS); Dr^a **Rosemary Almeida**, da Gerência de Avaliação de Tecnologias de Saúde (GEATS/DIDES/ANS); Dr. **Walter Rosa**, da DIOPE/ANS; Dr. **Cláudio Albuquerque**, consultor da DIOPE/ANS; Dr^a **Leda Lúcia Vasconcelos**, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Dr. **Bruno Sobral**, do Ministério da Fazenda; 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. **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. **José de Sousa da Silva**, da Força Sindical; Dr. **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); Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, pelo

33 Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de Almeida**, do
34 SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**,
35 da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr. **Carlos**
36 **Roberto Squilacci**, do SINOG; Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela
37 Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dr^a **Hilma Araújo dos Santos** e Dr. **Sérgio**
38 **Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SP; Dr^a **Vera**
39 **Lúcia de Vita**, da AFB, pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias
40 Especiais. **INFORMES** - Dr. Fausto deu início a reunião falando sobre os assuntos gerais.
41 Justificou a ausência do Dr. Leôncio, pelo menos no período da manhã, e informou que
42 estavam nas pastas dos participantes, as justificativas de ausências dos seguintes
43 membros da CSS: Dr. **Celso Barros**, da UNIMED, e Dr. **Vitor Gomes Pinto**, da CNI –
44 “reunião em Brasília naquela mesma data”; Dr^a **Carmem de Almeida**, do COFEN –
45 “recuperação cirúrgica”; Dr^a **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE – “compromisso
46 profissional fora do país”; Dr^a **Josefa Renê Patriota** e Dr^a **Marta Maria Gomes Lins**,
47 ambas da ADUSEPS – “comemoração dos dez anos de existência da ADUSEPS”; Dr.
48 **Onécio Silveira Prado Jr**, da CMB - “compromisso inadiável naquela mesma data”; e
49 Dr. **Ricardo Morishita**, Ministério da Justiça, “compromisso de última hora”. Na
50 seqüência, apresentou o segundo item dos assuntos gerais - a proposta de calendário
51 para as reuniões da Câmara de Saúde Suplementar em 2007 -, cujo material também
52 estava nas respectivas pastas. Disse que a perspectiva era transferir o dia das reuniões
53 de terça para quinta-feira e manter a realização no Rio de Janeiro. Revelou que a
54 mudança de local nas reuniões de 2006 havia tido efeitos benéficos, do ponto de vista da
55 redução de custos com o deslocamento de funcionários e dos membros, mas apresentava
56 alguns efeitos adversos, como a menor participação dos órgãos de governo, a exceção do
57 Ministério da Fazenda e do Ministério da Justiça. Destacou que, diante da avaliação
58 positiva, a proposta era continuar a realização das reuniões da CSS no Rio de Janeiro,
59 mudando-se apenas o dia da semana. Contudo, frisou que nos meses de março e
60 setembro, devido a feriados nas primeiras quintas-feiras, a reunião ocorreria nas
61 segundas quintas-feiras. Como terceiro informe, Dr. **Fausto** anunciou a realização, no
62 dia seguinte, do Terceiro Seminário de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e
63 Doenças, que seria realizado também no Hotel Glória, com a presença de uma grande
64 operadora americana, que iria apresentar a sua experiência, e na seqüência, seriam
65 apresentadas as experiências brasileiras e todo o resultado da RN 94. Destacou que o
66 seminário era extremamente importante na discussão da mudança de modelo e convidou

os presentes a participar do evento. Prosseguindo, passou aprovação da ata da 44ª Reunião da CSS, informando que as sugestões feitas pelo Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, pela Dr.^a **Marilia Barbosa**, da UNIDAS, e pelo Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, haviam sido acatadas. Como não houvesse mais observações em relação à ata, o documento foi aprovado e Dr. Fausto passou ao primeiro item da pauta.

ITEM 1 – PARTICIPAÇÃO DA ANS NA CITEC – Dr.^a **Alzira Jorge de Oliveira**, Secretária-Executiva da ANS, fez uso da palavra para apresentar o resultado dos esforços da ANS no que se refere ao enfrentamento da incorporação tecnológica. Afirmou que o ano de 2006 fora bastante produtivo, pois a Agência conseguira avançar bastante nessa questão. Lembrou que no setor saúde a incorporação cumulativa de tecnologias tinha algumas características, a começar pelo fato que as tecnologias novas nem sempre substituem as antigas, e os custos tornam-se elevados sem necessariamente haver um aumento de qualidade e de efetividade dos atendimentos. Outra característica assinalada foi o fato de os profissionais de saúde estimularem o consumo de tecnologia pela novidade que ela representa e sem a preocupação de realizar uma avaliação mais profunda dos benefícios. Dr.^a Alzira destacou ainda o papel da mídia e do marketing nesse consumo de modismos assim como a intervenção do poder judiciário, obrigando operadoras a incorporar tecnologias sem que houvesse tempo para avaliação mais concreta por parte da Agência. Dessa forma, como não existisse uma regulação específica, a oferta das tecnologias passara a determinar a demanda, fazendo com que até pouco tempo atrás houvesse uma incorporação não crítica de tecnologias sem considerar os contextos locais, os recursos disponíveis, os custos operacionais além de uma distribuição desigual dessas tecnologias no país, que resultou numa concentração de equipamentos e serviços nas regiões Sul e Sudeste. Dr.^a Alzira também chamou a atenção para os conflitos de interesse envolvidos, decorrentes da relação estreita entre os fornecedores de tecnologias e os profissionais de saúde, na capacitação destes profissionais e no suporte financeiro de suas pesquisas. Diante desse diagnóstico, relatou que a Agência iniciara um conjunto de ações para regular este processo. O primeiro passo foi a criação da Gerência de Avaliação de Tecnologias de Saúde (GEATS), no âmbito da DIDES, que foi assumida pela prof.^a Rosemary Almeida, da COPPE/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em seguida, fora efetuada a revisão do rol de procedimentos (Ações de Saúde e Odontológico), com a determinação de somente incluir aqueles procedimentos com comprovada eficácia e critérios pré-definidos. Outras iniciativas importantes assinaladas pela Dr.^a Alzira foram as ações articuladas com a

101 ANVISA, especialmente no que se refere às demandas das operadoras por órteses e
102 próteses e materiais especiais, que culminou na edição da RDC 185 pela ANVISA, que
103 tornou obrigatória, no processo de solicitação de registro, a apresentação de informações
104 econômicas de produtos para a saúde que não sejam medicamentos. Com isso, a
105 expectativa é obter informações sobre os preços praticados pelos fornecedores em outros
106 mercados, de modo a favorecer a negociação de preços para comercialização no mercado
107 brasileiro. Comentou que, por exemplo, o preço de um estente recoberto era três vezes
108 maior do que o preço de venda nos Estados Unidos e Europa. Dr^a Alzira revelou que as
109 ações com a ANVISA incluíam também a divulgação no site dessa Agência da
110 similaridade entre os produtos, a fim de tornar mais transparentes custos e preços. Além
111 disso, destacou a realização de estudos de avaliação econômica priorizando produtos de
112 maior impacto para a saúde suplementar e a participação da ANS em Câmaras Técnicas
113 da ANVISA e AMB de órteses e próteses, de serviços de saúde, de protocolos clínicos
114 para articulação de ações. Outra ação conjunta com a ANVISA é a publicação do Boletim
115 Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS), disponível na *homepage* dessa
116 agência, que já estava em sua segunda edição. Dr^a Alzira comentou sobre a reação
117 contrária da indústria farmacêutica e que algumas pessoas haviam sido ameaçadas de
118 morte para que a segunda edição do boletim não fosse publicada. Na sequência, falou
119 sobre as ações conjuntas com o Ministério da Saúde, como a participação no Conselho de
120 Ciência e Tecnologia e Inovação, cujo representante era o Dr. Leôncio, e no grupo de
121 trabalho permanente de avaliação de tecnologias em saúde, coordenado pelo DECIT do
122 Ministério da Saúde, do qual participava a Dr^a Rosemary Almeida, da recém-criada
123 GEATS/DIDES. Na sequência, revelou ainda que, em janeiro de 2006, pela Portaria 152,
124 o Ministério criara a Comissão para Incorporação de Tecnologias em Saúde (CITEC), com
125 a atribuição de definir o fluxo para incorporação de tecnologias em saúde. Relatou
126 também a edição da portaria 2.510, de dezembro de 2005, que criara a comissão para
127 elaboração da Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde no âmbito do SUS,
128 formada por representantes da sociedade civil, incluindo o Ministério Público, e
129 universidades. Contou que a proposta de política elaborada havia sido colocada sob
130 consulta pública e apresentada em seminários. Observou que o objetivo geral da política
131 era “maximizar os benefícios da saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis,
132 assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras em condições de
133 equidade”, e que os objetivos específicos incluíam a orientação de gestores no processo
134 de incorporação de tecnologias; a institucionalização dos processos de avaliação e

135 incorporação de tecnologias nos três níveis do SUS; a promoção do uso do conhecimento
136 técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias; a sensibilização de
137 profissionais de saúde e da sociedade em geral para as consequências econômicas e
138 sociais do uso inapropriado de tecnologias nos serviços de saúde; e o fortalecimento do
139 uso de critérios explícitos na priorização da incorporação de tecnologias, privilegiando a
140 melhor evidência científica. Em seguida, enumerou as sete diretrizes da política: (i)
141 utilização de evidência científica para subsidiar a gestão – Avaliação de Tecnologias em
142 Saúde; (ii) aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; (iii)
143 racionalização da utilização da tecnologia; (iv) apoio ao fortalecimento do ensino e
144 pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; (v) sistematização e disseminação de
145 informações; (vi) fortalecimento das estruturas governamentais; e (vii) articulação
146 político-institucional. No que se refere à atuação da CITEC, destacou que a gestão da
147 avaliação era feita pela Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCT) e a gestão da
148 incorporação pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Acrescentou que essas dois
149 órgãos do MS, ao lado da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) e da ANS e ANVISA,
150 constituíam a CITEC. Quanto ao fluxo, explicou que todas as solicitações para
151 incorporação de tecnologias deveriam ser protocoladas na SAS e incluir a documentação
152 estabelecida no Anexo II da portaria 152, a saber: “descrição sintética das principais
153 características de ta tecnologia e de suas aplicações; identificação do responsável pela
154 solicitação; informação do número de registro na ANVISA; preço aprovado pela CMED,
155 no caso de solicitação de incorporação de medicamentos; relatório técnico com
156 evidências científicas de segurança, eficácia/eficiência em comparação a tecnologias já
157 incorporadas; estudos de avaliação econômica; e estimativas de impacto econômico”.
158 Explicou que as solicitações apresentadas seriam analisadas pela CITEC e que, no caso
159 de posição contrária à incorporação, a Comissão deveria comunicar a decisão à empresa
160 demandante, que teria prazo máximo de 30 dias para pedir reconsideração ou apresentar
161 novas informações. Acrescentou que as conclusões da CITEC seriam encaminhadas ao
162 Gabinete do Ministro da Saúde para homologação do processo. Em seguida, o processo
163 retornaria à CITEC para finalização do protocolo de utilização da tecnologia e para
164 comunicação da decisão às áreas técnicas do MS responsáveis pela implantação da
165 decisão. Esclareceu que essas decisões da Comissão também seriam encaminhadas à
166 diretoria colegiada da ANS para avaliação da incorporação no Rol de Procedimentos,
167 considerando-se a pertinência e o impacto dessa incorporação, uma vez que no âmbito
168 da saúde suplementar a lógica era a rol de cobertura mínima obrigatória. Dr.^a. Alzira

169 relatou que a CITEC já havia analisado as evidências científicas de segurança e eficácia
170 bem como de impacto econômico dos seguintes grupos de medicamentos/tecnologias:
171 medicamentos para sobrecarga de ferro (diferoxamina e deferiprona); medicamentos
172 para artrite reumatóide; medicamentos para hiperprolactenemia; estatinas na prevenção
173 de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; interferon regulado para tratamento
174 de hepatite C aguda e retratamento definido por protocolo de utilização; e, estente
175 recoberto. Comentou que como resultado dessas análises, a CITEC havia aprovado as
176 estatinas e o interferon para tratamento da hepatite C aguda e retratamento definidos
177 em protocolos fechados, sendo que nas situações em que não havia evidências
178 suficientes de incorporação de custo-benefício, a exemplo do estente recoberto, a
179 decisão da Comissão fora contrária à autorização de incorporação e que o parecer havia
180 sido encaminhado ao Gabinete do Ministro. Ressaltou que, como resultado desse
181 trabalho, passara a haver uma avaliação focada na medicina baseada em evidências, de
182 modo que o Governo estava exercendo o seu papel de regulação desse processo. Como
183 etapa futura do trabalho da Comissão, anunciou a proposta de construir, a partir das
184 diretrizes do SUS, a política de gestão de tecnologias para o setor de saúde suplementar.
185 Nesse sentido, informou da realização, em fevereiro de 2006, de Seminário de Gestão de
186 Tecnologias e a criação de grupo técnico com operadoras para desencadear o processo,
187 que se reuniu também em maio e em outubro do mesmo ano. Como resultado desses
188 eventos, revelou que fora construída uma proposta de RN, com a especificação do fluxo
189 de incorporação para a saúde suplementar, que seria apresentada à diretoria colegiada
190 da ANS. No tocante à articulação com o judiciário, assinalou o estímulo a troca de
191 experiências e informações através de eventos conjuntos bem como a necessidade de
192 estreitar as relações para apoio às decisões por meio da constituição de Câmara Técnica
193 de Especialistas, formada por órgãos governamentais, sociedades de especialistas, ANS,
194 entre outras instituições, com o objetivo de apoiar o Judiciário na tomada de decisões
195 relativas a demandas de tecnologias em saúde. Mencionou também a participação do
196 Judiciário na consulta pública sobre a política de gestão de tecnologias e contou que
197 estava em fase de discussão com a AMB, a utilização de protocolos/diretrizes clínicas
198 para apoio à decisão e à qualificação da prática clínica. Concluiu ressaltando que todo
199 esse trabalho vinha sendo desenvolvido pela DIDES em conjunto com a DIPRO/ANS. Na
200 seqüência, Dr. Fausto agradeceu a Dr^a Alzira e passou a palavra ao primeiro inscrito,
201 para comentários. Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da FENASEG, cumprimentou a
202 Dr^a Alzira e a Dr^a Rosemary pelo excelente trabalho e declarou o apoio da FENASEG a

203 iniciativas desse tipo. Pediu esclarecimento sobre três pontos. O primeiro, se o interferon
204 havia sido negado; o segundo, se a tabela do SUS incorporava procedimentos não
205 necessariamente contemplados no rol; o terceiro aspecto dizia respeito às ameaças de
206 morte mencionadas pela Secretária-Executiva da ANS. Dr. Marco Antônio expressou a
207 sua surpresa em saber que esse tipo de situação também acontecia no âmbito da
208 Agência, e revelou que isso já ocorrera na FENASEG. Indagou qual a atitude da Agência
209 em relação a tal situação. Dr^a Alzira respondeu que, em relação ao interferon, a CITEC
210 havia reavaliado um posicionamento anterior, que previa a utilização do medicamento
211 em algumas situações. Afirmou que a partir de nova revisão da literatura, a Comissão
212 elaborou uma proposta de protocolo que reformulou o modo como era feita a entrega
213 dos medicamentos para alguns pacientes do SUS. Com relação ao estente, esclareceu
214 que Comissão optara por não aprovar a incorporação no rol, tendo em vista que as
215 evidências científicas demonstram que, do ponto de vista da morbidade e da
216 mortalidade, não há impacto; além disso, o custo para colocação no SUS era muito alto.
217 No tocante às intimidações, Dr^a Alzira declarou que o trabalho da Comissão estava
218 mexendo com interesses de pessoas, de grupos, e que isso acabava por gerar uma
219 reação. Considerou que era preciso continuar firme no propósito de demonstrar que
220 existia uma nova ordem, e que para que ela fosse respeitada era importante não voltar
221 atrás em algumas decisões diante das pressões dos interesses. Dr. **Fausto** fez uso da
222 palavra para frisar a importância da denúncia e o encaminhamento de todas essas
223 questões para a Polícia Federal, que como órgão da institucionalidade brasileira possuía
224 as condições de apurar e combater esse tipo de situação. Dr. Marco Antônio pediu a
225 palavra para comentar sobre o risco de se envolver a polícia em algumas decisões,
226 citando como exemplo os desvios registrados com seguros de automóveis cerca de dez
227 anos antes, nos quais as seguradoras haviam optado por fazer parcerias de modo a
228 neutralizar as ações do que classificou de máfia. Ponderou que, à medida que a
229 regulação proposta começasse a evoluir, as pressões dos grupos atingidos tenderiam a
230 aumentar, de forma que a situação poderia ficar tão grave como ocorrera com o setor de
231 automóveis no passado. Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, parabenizou o trabalho
232 da ANS e das técnicas Alzira e Rosemary e disse que a necessidade de regulamentação
233 da incorporação de novas tecnologias era uma reivindicação antiga da UNIDAS.
234 Reconheceu o avanço do trabalho realizado pela CITEC e disse que, como não vinha
235 participando do processo, tinha algumas dúvidas, a saber: o que demandava a avaliação
236 da CITEC; como era feita a seleção dos assuntos a serem avaliados e como ocorria essa

237 análise; como era realizada a divulgação dos resultados obtidos, e se a decisão somente
238 seria válida para o SUS; a partir de que data passaria a valer para a saúde suplementar
239 a regulamentação que estava sendo elaborada; quais eram os participantes do grupo de
240 trabalho que estava sendo formado com o objetivo de apoiar o Judiciário; e qual era a
241 possibilidade de participação dos segmentos representativos das operadoras interessadas
242 em ajudar na discussão, em virtude da importância do assunto. Dr. Fausto passou a
243 palavra ao Dr. Egberto, pois as respostas e considerações da Dr^a Alzira seriam dadas ao
244 fim das colocações. Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, solicitou o envio dos
245 materiais pois necessitava de ter acesso aos estudos desenvolvidos pela Comissão, pois
246 havia processos em tramitação no Judiciário relativos ao uso de estente. Dr. **Samir**
247 **Dahas Bittar**, da AMB, pediu desculpas pelo atraso e disse que perdera a apresentação.
248 No entanto, parabenizou a iniciativa de se realizar um trabalho naquela área e disse que
249 gostaria de contribuir no que se referia ao aspecto da indicação científica adequada para
250 a prática. Disse que, a exemplo da Dr^a Marília, também não estava participando do
251 processo e igualmente desconhecia os participantes da Comissão. Indagou qual era o
252 elemento determinante na decisão de indicar ou não a incorporação; qual era o peso
253 dado aos diversos aspectos envolvidos e quais eram as pessoas ou setores moduladores
254 da informação científica, cuja importância colocou como sendo fundamental para a
255 tomada de decisões daquela natureza. Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED,
256 cumprimentando Dr^a Alzira e toda a equipe, afirmou que esse tipo de trabalho quando
257 realizado pela ANS conferia maior credibilidade. Comentou que a medicina baseada em
258 evidências era um setor que vinha se destacando e que era importante comprovar
259 resultados antes de se adotar novas tecnologias, evitando assim o encarecimento dos
260 planos de saúde. Dr. **Adriano Londres**, da CNC, afirmou que concordava com o que já
261 havia sido colocado e destacou o entendimento correto da Agência em buscar articulação
262 com o segmento judiciário e a aproximação para discutir assuntos técnicos com o
263 Ministério da Saúde; como também a busca pela racionalização no desenvolvimento das
264 ações. No tocante à colocação do Dr. Marco Antônio Antunes, referiu-se ao ditado que diz
265 que “quando o homem de bem se cala o mal prospera” para salientar a importância de
266 se tocar nessa ferida e deixar de ter uma postura contemplativa. Citando dois exemplos
267 extremos, como a iniciativa de uma associação ligada à indústria, que recentemente
268 lançara um código de conduta, e a persistência do atual secretário de saúde do Rio de
269 Janeiro, que não havia recuado diante das ameaças que recebera, destacou que quanto
270 mais institucionalizado o processo, mais protegidos estariam os indivíduos envolvidos.

271 Dr^a Alzira Oliveira esclareceu que, em relação à CITEC, o momento era de transição
272 entre a demanda reprimida de incorporação de muitas tecnologias de diversas áreas do
273 Ministério da Saúde que haviam sido solicitadas por parlamentares e a perspectiva de
274 começar o trabalho do zero, seguindo a metodologia conforme fora planejada. Dessa
275 forma, as demandas já recebidas haviam sido analisadas e as que não possuíam
276 informações de evidências científicas estavam sendo devolvidas para a complementação
277 dessas informações. Frisou que algumas delas haviam recebido parecer contrário pois
278 eram absurdas. Dr^a Alzira comentou que, a partir de 2007, a expectativa era iniciar o
279 trabalho do zero, inclusive com a implantação de formulário a ser preenchido por todos
280 os demandantes, contendo todas as informações obrigatórias, a exemplo da
281 identificação, do registro na ANVISA, das evidências científicas e do impacto dessa
282 tecnologia. Declarou que o processo fora planejado para que inicialmente a CITEC
283 avaliasse essas tecnologias, elaborasse uma recomendação favorável ou desfavorável
284 para encaminhar ao Ministro da Saúde; a partir do parecer do Ministro, o processo é
285 encaminhado para a diretoria colegiada da ANS, que repassa para a Secretaria-Executiva
286 e depois para a GETAP/DIPRO e GEATS/DIDES, que avalia a qualidade da evidência,
287 realiza os estudos e depois discute com a GETAP a questão do rol de procedimentos. Em
288 seguida, explicou que era feito um parecer técnico final com a avaliação da pertinência e
289 impacto da tecnologia no rol de procedimentos da ANS, com base no qual a diretoria
290 colegiada tomaria a sua decisão. Salientou que, eventualmente, poderia ocorrer que uma
291 determinada tecnologia fosse aprovada para o SUS, mas não para a ANS, em razão das
292 especificidades. Disse que na tabela SUS era preciso prever todos os procedimentos
293 feitos e pagos no âmbito do Sistema Único de Saúde, ainda que com uma frequência
294 bem baixa. Ou seja, se o SUS for pagar tem que estar descrito. No rol de procedimentos,
295 a lógica é a cobertura mínima obrigatória, de modo que todas as operadoras são
296 obrigadas a ofertar para os beneficiários os itens descritos no rol. Alertou que era
297 também preciso considerar a distribuição dos equipamentos por área geográfica. Explicou
298 ainda que após a avaliação pela diretoria colegiada, as decisões sobre as tecnologias
299 seriam *publicizadas* no Diário Oficial e na *homepage* da ANS. Com relação ao Judiciário,
300 questionou quais os pesos a que o Dr. Samir se referira e frisou que o trabalho era
301 desenvolvido com base nos pré-requisitos, a exemplo do registro na ANVISA e da
302 existência de evidências científicas. Acrescentou que após a verificação desses pré-
303 requisitos era realizada a avaliação do impacto, do ponto de vista financeiro e da
304 distribuição da tecnologia em todo o território nacional. Ressaltou que se tratava de um

305 processo de priorização devido ao elevado número de tecnologias e que as pessoas
306 envolvidas estavam aprendendo a fazer esse exercício de priorização tendo como
307 referencial o impacto expressivo na saúde das pessoas. No tocante à articulação com o
308 Judiciário, disse que gostaria de obter sugestões dos membros da CSS sobre como
309 potencializar esse trabalho. Contou que alguns movimentos já haviam sido realizados, a
310 exemplo das participações do Dr. Eduardo nas reuniões com o Ministério Público e da Dr^a
311 Rosemary nos eventos promovidos pelo Judiciário. Contou que a proposta da comissão
312 de especialistas havia surgido no Congresso da Mútua e disse que gostaria de passar a
313 palavra a Dr^a Rosemary, para que ela complementasse a apresentação. Dr. **Samir**
314 **Bittar** pediu esclarecimento sobre quem fazia parte do grupo que realizava a análise
315 técnica das evidências científicas e a aplicabilidade destas; se essas pessoas eram do
316 próprio Ministério ou eram convidados. Dr^a **Rosemary Almeida**, da GEATS/DIDES,
317 relatou que naquela fase inicial, como os perfis de competência no âmbito da Comissão
318 eram um tanto quanto diferenciados, especialistas haviam sido convidados para opinar
319 sobre a tecnologia, preparar um relatório e realizar uma apresentação para os membros
320 da Comissão, que analisavam todas as evidências apresentadas, argüindo o especialista.
321 Conforme o assunto, Dr^a Rosemary revelou que mais de um especialista era convidado,
322 a exemplo da discussão sobre o interferon. Ela reiterou que o trabalho ainda estava em
323 fase inicial, de desenvolver todo esse processo e a documentação, a exemplo do
324 formulário e do manual para preenchimento do formulário, que se encontrava em fase de
325 elaboração. Declarou que tão logo o material estivesse pronto seria amplamente
326 divulgado. Dirigiu-se ao Dr. Egberto, que havia solicitado material com evidências
327 científicas relacionadas ao uso do estente, para informar que uma das justificativas para
328 utilização desse equipamento era a associação com medicação para evitar eventos
329 trombolíticos. Salientou que o problema dessa tecnologia no âmbito do SUS é a
330 dificuldade de acompanhamento desses pacientes. Assim, o estente teria uma boa
331 indicação se viesse com o compromisso de se manter a terapia paralela; por outro lado,
332 os estudos também indicam que a relação custo-benefício do estente, principalmente no
333 SUS, era muito elevada. Mencionou ainda estudo do Dr. Nélson Souza e Silva, da UFRJ,
334 que demonstrava diferenças e complicações decorrentes da utilização indiscriminada de
335 estentes, em especial no Rio de Janeiro. Dr^a **Rosemary** afirmou que, devido a esses
336 aspectos, a Comissão ainda não havia decidido pela incorporação dessa tecnologia.
337 Informou da intenção de elaborar um tipo de publicação técnica no sentido de recuperar
338 todos esses estudos e sinalizar para o mercado a posição da ANS. Colocou à disposição

339 dos membros da CSS, o estudo sobre o estente e revelou que existia um acordo para
340 que esses estudos só fossem amplamente divulgados após a tomada de decisão do
341 Ministro da Saúde. Dr. **Samir Bittar**, da AMB, considerou que a relação custo-benefício
342 envolvia a questão do preço, da aplicabilidade em políticas públicas e outros aspectos
343 técnicos; contudo evidenciou que o caráter científico envolvia nuances que demandavam
344 uma avaliação adequada, sendo que no caso de novas tecnologias, o conhecimento
345 tornava-se ainda mais restrito do ponto de vista técnico. Dessa perspectiva, sugeriu a
346 constituição de comissões voltadas para contribuir no processo, justificando que os meios
347 científicos estavam intimamente ligados à Associação. Dr. **Fausto dos Santos** retomou
348 a palavra para esclarecer que a ANS não estava e tampouco tinha a intenção de trazer
349 para si o poder de definição de protocolos ou da validade de procedimentos, pois essa
350 era uma ação típica do Ministério da Saúde. Enfatizou que a Agência estava participando
351 de todo o processo na condição de estimuladores, mas que a decisão final pela
352 incorporação da tecnologia era de responsabilidade do órgão de governo definido pela
353 Constituição para esse tipo de ação. Ressaltou ainda que o papel da ANS estava na
354 definição da incorporação de tecnologias dentro do rol de procedimentos, mas que a
355 decisão sobre a adequação de um medicamento para o tratamento de determinada
356 doença ultrapassava a possibilidade de intervenção da ANS. Reiterou que era preciso
357 deixar claro os papéis institucionais, a fim de não gerar expectativa de que a Agência vá
358 extrapolar a sua função reguladora. Dr. **Gilson Coleman**, diretor da DIGES/ANS,
359 complementou a fala do Dr. Fausto salientando que o enfrentamento da incorporação e
360 da avaliação tecnológica tinha pouca chance de sucesso quando feito de maneira pessoal,
361 pois tratava-se de uma política de Estado. Dessa forma, assinalou que o órgão
362 fundamental nesse processo é o Ministério da Saúde, sendo que cabe à Agência
363 incrementar, fazer com que o Ministério assuma essa postura institucional. Ponderou que
364 se fornecedores faziam *lobby* pela incorporação indevida, era preciso fazer *lobby* para
365 que a incorporação fosse feita com base na racionalização e em evidências científicas.
366 Declarou que desenvolver uma política de Estado nessa questão era uma agenda que as
367 operadoras teriam de pautar junto com a Agência e com próprio governo a médio prazo.
368 Dando seqüência à pauta da reunião, Dr. Fausto passou a palavra ao Dr. Alfredo
369 Cardoso. **ITEM 2 – RESULTADO DA PESQUISA: BALANÇO DE RESPONSABILIDADE**
370 **SOCIOAMBIENTAL** – O diretor da DIOPE/ANS, Dr. **Alfredo Cardoso** cumprimentou os
371 presentes e observou que esta pesquisa estava baseada na premissa de que no espaço
372 da administração somente sobreviveriam as empresas éticas e socialmente engajadas.

373 Acrescentou que a proposta visava também identificar as iniciativas de premiação e
374 estímulo a políticas de responsabilidade social e transparência, promovidas por algumas
375 federações e associações de prestadores e operadoras, a exemplo da UNIMED, ABRAMGE
376 e FENASEG. Assim, ao lado do balanço econômico, a idéia era publicar também um
377 balanço de responsabilidade socioambiental. Para a elaboração do primeiro levantamento
378 fora contratado o consultor Cláudio Albuquerque, que iria apresentar os resultados
379 obtidos. Dr. Cláudio agradeceu à diretoria da ANS nas figuras do Dr. Alfredo e do Dr.
380 Fernando, que haviam acompanhado o trabalho desde o início. Explicou que a
381 responsabilidade socioambiental não era um raio caído do céu, mas que se tratava de um
382 processo que vinha ocorrendo mais acentuadamente a partir da década de 70, quando a
383 economia se tornara mais flexível e a sociedade civil ganhara um pouco de magnitude no
384 local que o Estado atuava. Contou que na década de 90, com o início da globalização
385 financeira surgira nos Estados Unidos, um movimento chamado de governança
386 corporativa devido aos inúmeros casos de fraudes em presas. Dessa perspectiva, definiu
387 que a governança corporativa significava, para pequenos e grandes investidores, ética e
388 transparência nas empresas, e que o movimento de responsabilidade socioambiental
389 resultara do protagonismo de pequenos grupos de acionistas oriundo da sociedade civil
390 que passaram a exigir transparência das grandes corporações. Essa crescente conjuração
391 de forças levou a ONU a promover, em 1999, um pacto mundial pela cidadania
392 corporativa. Na seqüência desse pacto, os fundos de investimento decorrentes dos
393 pequenos investidores começaram a ser direcionados para empresas socialmente
394 responsáveis e a Bolsa de Nova Iorque criou o Índice de Sustentabilidade Dow Jones
395 (DSJ). Ao mesmo tempo, o Banco Mundial criou também uma linha de financiamento de
396 até US\$ 50 milhões para empresas socialmente responsáveis – conhecida como Princípio
397 do Equador – assim como definiu Princípios de Investimentos Responsáveis (PRI), a
398 exemplo dos fundos de pensão mundiais. Dr. Cláudio revelou que a previsão era de que,
399 a partir de 2008, o PRI gerasse recursos da ordem de US\$ 6 trilhões para investimentos
400 em empresas de todo o mundo que viessem a adotar a responsabilidade socioambiental.
401 Acrescentou que no Brasil, a Bolsa de São Paulo havia lançado em 2006 o Índice de
402 Sustentabilidade Empresarial, conhecido como Índice Bovespa. Esclareceu que o
403 interesse em torno da responsabilidade socioambiental devia-se ao fato de que as
404 empresas comprometidas com esse princípio eram consideradas as mais seguras para se
405 investir, uma vez que conseguiam perceber as demandas da sociedade civil. Feita essa
406 introdução ao tema, Dr. Cláudio relatou que o levantamento realizado pela ANS

407 pretendia identificar qual o segmento dentro do setor de saúde suplementar atuava
408 conforme os princípios da responsabilidade socioambiental. Revelou que a primeira fase
409 do levantamento envolvia a elaboração, aplicação e compilação de questionário, a
410 produção de relatório crítico, a estruturação de manual sobre o assunto que serviria de
411 guia para futuros levantamentos e a publicação dos resultados até o final de 2007.
412 Acrescentou que a segunda fase compreenderia a elaboração conjunta e de forma
413 participativa com o segmento, de modelo próprio de responsabilidade socioambiental ,
414 contemplando aspectos como formas de avaliação, formas de premiação e política de
415 divulgação. No tocante ao desenvolvimento da primeira etapa, contou que haviam sido
416 enviados 1.800 questionários, dos quais 796 retornaram, quantitativo considerado
417 expressivo. Desses, explicou que 181 haviam sido aproveitados para a amostra, frisando
418 que, embora esse quantitativo da amostra parecesse pequeno, as empresas
419 contempladas correspondiam a 15 milhões de beneficiários (42% do total do país) e a
420 38% do total de faturamento global, ou o equivalente a R\$ 16 bilhões. Comentou que,
421 segundo dados do IPEA, o investimento social no Brasil em 2004 e 2005 chegara a R\$
422 4,7 bilhões, ou 0,27% do PIB nacional. Comparando o faturamento de todo o setor (R\$
423 50 bilhões) com sendo o PIB do objeto da pesquisa, Dr. Cláudio considerou que o setor
424 havia investido cerca de 0,34% do seu próprio PIB, o que significava um boa
425 performance em relação à média das empresas nacionais do setor. Prosseguindo, Dr.
426 Cláudio destacou que o objetivo do levantamento era avaliar a percepção das operadoras
427 quanto à responsabilidade socioambiental, bem como quais eram os seus públicos de
428 relacionamento e como as operadoras interagiam com eles. Apontou como públicos de
429 relacionamento das operadoras: acionistas, fornecedores, ANS, sociedade civil, mídia,
430 concorrentes, meio ambiente, beneficiários, Governo, comunidade e colaboradores. Em
431 relação a esses últimos, chamou a atenção para o fato de que, segundo pesquisa
432 mundial realizada pela ONU em 22 países, os colaboradores constituíam o corpo de
433 funcionários da empresa e que a responsabilidade social incluía tratar bem esses
434 colaboradores. Dessa forma, Dr. Cláudio ressaltou a importância dos recursos humanos
435 para a responsabilidade socioambiental, a comissão que tratava desse assunto tinha de
436 ser participativa. No que se refere ao meio ambiente, assinalou que 40% das empresas
437 estudadas afirmaram possuir projetos relacionados ao tema, a exemplo da coleta seletiva
438 de lixo, orientação de colaboradores para racionamento de água e energia. Destacou
439 projetos desenvolvidos em cooperativas de lixo, com o método 4R (repensar, reduzir,
440 reutilizar, reciclar), voltados para a redução de danos, a utilização de papel reciclado e a

441 própria coleta seletiva de lixo. Ressaltou, no entanto, que quando questionadas
442 efetivamente quanto à existência de controle de metas, cerca de 81% não havia
443 apresentado respostas ou então responderam que não controlavam efetivamente as
444 metas. Com relação ao público interno, Cláudio Albuquerque declarou que dos 135 mil
445 trabalhadores de toda a amostra, apenas 29 eram analfabetos. Considerou que seria
446 importante aprofundar esse dado e verificar qual o conceito de analfabetismo
447 interpretado pelas operadoras, mas que, de qualquer forma era um quantitativo
448 extremamente positivo. Por outro lado, foi constatado que apenas 1% das empresas
449 empregavam portadores de deficiências, o que estava em desacordo com a lei de 1998,
450 que estabelecia as seguintes cotas para esse tipo de contratação: 1% acima de cem
451 funcionários; e 5% acima de mil funcionários. Observou que era bem provável que
452 algumas empresas estivessem no quarto ou quinto Termo de Ajuste de Conduta, tendo
453 em conta que a média do setor deveria seguir o estabelecido em lei. No tocante à etnia,
454 verificou-se que 12,7% dos funcionários eram negros, percentual abaixo da média das
455 grandes empresas nacionais. Dr. Cláudio assinalou ainda que 58% dos trabalhadores da
456 amostra eram mulheres, sendo que 50,19% ocupavam cargos de chefia, o que foi
457 considerado bastante acima da média nacional, mesmo em relação ao segmento no PIB.
458 Afirmou que esse era outro motivo de satisfação. No que se refere ao vínculo de
459 emprego, a pesquisa indicou que 20% do quadro era formado por terceirizados e que
460 havia cerca de 15 mil estagiários. Dr. Cláudio revelou que nas pesquisas futuras, essa
461 questão seria aprofundada a fim de se verificar se estava havendo precarização do
462 trabalho. Prosseguindo, o consultor relatou que o investimento social externo
463 representava 38% do PIB para o segmento, sendo que a maior concentração estava em
464 saúde, o que considerava normal dada a expertise do segmento. Observou que esse
465 dado indicava uma força e ao mesmo tempo uma ameaça, uma vez que se uma empresa
466 investia em projetos de saúde por mais de 320 dias (conforme constatado), isso tornava-
467 se estrutural na comunidade, de modo que ao cessar a ação, poderia haver mais
468 malefícios do que benefícios para a empresa. Salientou que esse aspecto seria
469 acompanhado oportunamente em outros levantamentos. No que se refere ao público
470 alvo, falou que o assunto seria detalhado na segunda etapa da pesquisa, pois a tendência
471 era que o público alvo dos projetos de investimento social ficasse diluídos nos outros
472 componentes, o que evitaria uma certa confusão verificada naquela primeira etapa.
473 Dentre as motivações apontadas pelas empresas ao promover investimento social
474 externo, as mais frequentes haviam sido “motivos humanitários”, “atender a pedido de

475 outras entidades” e “atender a comunidades próximas á empresa”. Dr. Cláudio avaliou
476 que esses motivos estavam relacionados a uma linha filantrópica, sem uma articulação
477 direta com a idéia de responsabilidade socioambiental estruturada para uma empresa dar
478 resultado e ser perene. Ponderou que tal aspecto evidenciava que os motivos da
479 empresa ainda estavam ligados a um desejo pessoal, na estrutural. Em relação ao poder
480 de decisão, a maioria das respostas indicara, nessa ordem: “diretoria”, “terceiros”
481 (entidades, ONGs, instituições e fundações), “comitê de empregados”, “área de recursos
482 humanos” e “dono da empresa”. Albuquerque considerou que se o conceito de
483 responsabilidade socioambiental estivesse maduro, a participação da diretoria deveria
484 ocorrer de forma equilibrada e articulada com o comitê de empregados e área de
485 recursos humanos, pois o conceito era eminentemente participativo. Revelou que o
486 mercado atuava em quatro níveis: da indiferença para a cidadania corporativa; para a
487 responsabilidade socioambiental e para a sustentabilidade. Assinalou que o segmento
488 das operadoras já havia superado a fase da indiferença. Explicou ainda que a
489 sustentabilidade era o que havia nas grandes empresas altamente rentáveis e que a
490 cidadania corporativa significava a incorporação de discursos e práticas de fora para
491 dentro da empresa, sem a construção de um discurso próprio. Quando isso ocorria, a
492 empresa iniciava essa construção a partir de suas potencialidades, deficiências e daquilo
493 que estava buscando, atingia a fase da responsabilidade socioambiental. Concluindo, Dr
494 Cláudio ressaltou que o segmento das operadoras possuía grande potencial para ter a
495 sustentabilidade como meta factível, pois ela significava que quando uma empresa
496 cresce, a sociedade inteira também cresce. Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da
497 FENASEG, parabenizou a equipe pelo trabalho e sugeriu que no levantamento seguinte
498 fosse criado mecanismo para desmembrar, especificamente em relação à área de saúde,
499 alguns dados relativos aos valores investidos em programas sociais, argumentando
500 quanto à dificuldade de se fazer a segmentação por negócios diferentes quando o
501 programa era institucional. Dr. **Fausto** perguntou ao Dr. Alfredo Cardoso se o balanço da
502 pesquisa já estava no sítio da ANS ao que ele respondeu que a divulgação do trabalho
503 seria feita após a consolidação dos dados e a elaboração de uma publicação sobre o
504 tema. Dr. Fausto declarou que a expectativa da Agência era institucionalizar o processo
505 do balanço social, o que passaria a ser um dos indicadores de acompanhamento do
506 setor, sob a perspectiva de induzir boas práticas e boas experiências. Enfatizou que a
507 intenção da Agência não era normatizar o balanço social, visto que se tratava de uma
508 opção das empresas, mas realizar um sistema de monitoramento de captura e da

509 evolução dessas informações. Prosseguindo passou ao item seguinte da pauta. **ITEM 3 –**
510 **REVISÃO DA RDC 77** - Dr. **Alfredo Cardoso**, diretor da DIOPE/ANS, afirmou que toda
511 a regulação econômica da Agência e grande parte da regulação existencial haviam sido
512 construídas por uma égide de mercado diferente da atual e que, para isso, algumas
513 premissas tiveram que ser adotadas para fazer com que o mercado funcionasse da
514 maneira mais razoável possível. Salientou que depois de seis de existência da Agência
515 era preciso evoluir em direção à regulação econômico-financeira mais prudencial. Nesse
516 sentido, destacou que o primeiro passo fora a edição da RN 67, que dispunha sobre o
517 novo plano de contas, que seria comentada em seguida pelo Dr. Walter César, da
518 DIOPE/ANS, e explicou que tão logo a Resolução fosse aprovada em seu aspecto jurídico
519 seria solicitada permissão à diretoria colegiada para a convocação de Câmara Técnica.
520 Prosseguindo, comentou que do ponto de vista econômico-financeiro, as contribuições
521 haviam sido organizadas de forma mutualista, em todos pagavam para que alguns
522 utilizassem. Acrescentou que esse pagamento gerava uma receita e a utilização gerava
523 uma despesa; assim, a premissa era que a receita fosse sempre maior que a despesa.
524 Disse que a idéia era não mexer nesse sistema mutualista de financiamento embora ele
525 demonstrasse algumas fragilidades e que a DIOPE vinha discutindo sobre como mitigá-
526 las. Assinalou ainda que, conforme esse sistema, mais de 95% das operadoras
527 trabalhavam em sistema de pré-pagamento, sendo que elas começavam a operar,
528 recebiam 100% e tinham despesa administrativa de 20%, o que gerava um resultado de
529 80%; no segundo mês de operação, sobrava igualmente um resultado de 80%, o qual
530 somado ao anterior dava 160. Relatou que isso ocorria, porque a despesa assistencial,
531 fosse médica ou odontológica, somente incidiria a partir do terceiro mês, principalmente
532 porque o prazo médio dos pagamentos era de 60 dias após a ocorrência dos eventos.
533 Demonstrou que, sem em determinado mês, os 100% de receita líquida não fossem
534 suficientes para cobrir o total de despesas, havia sido regulamentada a “provisão de
535 prêmios não pagos”, com o objetivo de que as operadoras não interrompessem a
536 prestação de serviços, com reflexos para seus clientes e beneficiários, assim como para
537 os prestadores. Explicou que, conforme a regulamentação, esse provisão fora 50% das
538 receitas dos 12 meses anteriores, ou 80% das despesas dos 36 meses - que fosse maior
539 – e havia sido dada às operadoras com registro provisório. Disse que o prazo de seis
540 anos para constituição dessas provisões terminaria em junho de 2007, ocasião em que
541 essas operadoras deveriam ter 100% dessas provisões constituídas, e que esse era mais
542 um motivo para evoluir na regulação econômica prudencial. Comentou que, em relação

543 ao cenário do mercado naquele momento, somente o segmento filantrópico ainda não
544 havia atingido a liquidez de curto prazo (ou seja, a cada R\$ 1,00 de despesa deveria
545 corresponder R\$ 1,00 de despesa). Observou que esse segmento apresentava problemas
546 até em relação à contabilidade de suas despesas, visto que grande parte das empresas
547 estava sendo segregada em decorrência da regulamentação da autorização de
548 funcionamento. No que se refere aos demais segmentos, apontou que as medicinas de
549 grupo e as cooperativas médicas vinham apresentando liquidez crescente entre 2003-
550 2005. No caso das autogestões, observou que o desenho era também positivo, apesar de
551 uma ligeira queda da liquidez das autopatrocinadas em 2004, e que a expectativa era
552 que em 2007, a partir da regulamentação das autogestões fossem também incorporados
553 os dados das patrocinadas. No tocante ao monitoramento das garantias financeiras,
554 destacou que em 2005, 76% das operadoras apresentavam essas provisões devidamente
555 contabilizadas, o que correspondia a 88% dos beneficiários do sistema, sendo que a
556 meta era chegar a 100% até o final de 2006, conforme as condições estabelecidas na
557 autorização de funcionamento. Dessa forma, asseverou que até dezembro de 2006, as
558 empresas com autorização de funcionamento teriam 100% das suas garantias
559 contabilizadas e 100% de suas provisões regulamentadas e contabilizadas. Sob o ponto
560 de vista dos segmentos do mercado, assinalou preocupação com relação à odontologia
561 de grupo, à medicina de grupo e às autogestões não patrocinadas, pelo fato de ainda
562 possuírem quase que 50% de operadoras não enquadradas. Destacou que a proposta da
563 ANS de reforma da RDC 77 era de unificar os conceitos então utilizados, substituindo os
564 termos “capital mínimo” e “provisão para operação” por “limite mínimo de recursos
565 próprios ajustados”. Comentou que esse capital mínimo ou as provisões que haviam sido
566 estabelecidas sob uma ótica de mercado de seis anos antes seriam reajustados dentro
567 dos parâmetros próximos à realidade atual. Assinalou que os outros aspectos nos quais
568 se pretendia avançar eram: (a) a obrigatoriedade de constituição da Provisão para
569 Eventos Ocorridos e Não-Avisados (PEONA); (b) a margem de solvência para todas as
570 operadoras; (c) a regulamentação da provisão para perdas sobre créditos; (d) a
571 conceituação de dependência operacional e de provisão para eventos a liquidar; (e) a
572 redefinição e o aperfeiçoamento da “Provisão de Risco” e da “Provisão para Remissão”;
573 (f) a regulamentação das notas técnicas atuariais de provisões, dispondo sobre os seus
574 elementos mínimos e aspectos atuariais; e (g) a extinção do “Índice de Giro da
575 Operação”, que seria substituído pelos indicadores de performance econômica e
576 financeira já existentes. Em relação à PEONA, explicou que se tratava de mecanismo

577 para assegurar que quando uma operadora interrompesse a sua operação ela tivesse
578 uma provisão para assegurar o pagamento de despesas médicas efetuadas para médicos
579 e prestadores. No que se refere a “margem de solvência”, esclareceu que tecnicamente
580 consistia em reserva suplementar às provisões técnicas que a operadora deveria dispor a
581 fim de suportar oscilações em operações advindas de perdas de ativo, do mau
582 dimensionamento das provisões técnicas e de mudanças que afetem o setor. Ou seja,
583 tratava-se de regra financeira prudencial com foco na capitalização de empresas,
584 impedindo de certo modo a distribuição indiscriminada de dividendos aos acionistas.
585 Sobre um dos novos conceitos apresentados, falou que a provisão para perdas sobre
586 créditos (PPSC) consistia em limpar o ativo circulante daqueles créditos que se
587 encontravam pendurados há anos no mercado, acrescentando que a idéia era normalizar
588 esse ativo a fim de ele possa traduzir melhor a realidade do mercado, que funciona
589 maciçamente em pré-pagamento. No que se refere ao conceito de “dependência
590 operacional”, Dr. Alfredo afirmou que era um mecanismo financeiro que visava a um
591 maior controle das atividades operacionais, em especial aquelas relacionadas aos
592 pagamentos de médicos e prestadores. Esclareceu que, pela média do mercado, a
593 operadora levava 60 dias para pagar suas despesas assistenciais, de modo que se
594 ocorresse um atraso de mais de 30 dias nesse fluxo entre recebimento e pagamento
595 seria necessário haver a provisão do orçamento, sendo que o prazo médio de
596 recebimento das contra prestações e o prazo médio de pagamento dos eventos deveria
597 estar descasado em 30 dias. Caso ocorresse excedente dessa provisão, Dr. Alfredo disse
598 que, por uma questão prudencial, ele deveria ser provisionado e lastreado por ativo.
599 Explicou que em relação aos ativos garantidores, de acordo com a RN 67, deveria ser
600 constituído, num primeiro momento, um rol de ativos aceitos como garantidores das
601 provisões técnicas bem como dos critérios de diversificação dos mesmos. Salientou que a
602 Agência até então não controlava se esses ativos eram realmente destinados à função de
603 ativos e que a proposta era registrar e vincular esses ativos às garantias financeiras.
604 Destacou ainda a determinação de cumprir uma nova etapa no processo de
605 regulamentação dos ativos financeiros quanto à aceitação, registro, movimentação e
606 diversificação desses ativos. Comentou que, em termos de diversificação de ativos
607 previstos na regulamentação, existiam R\$ 631 milhões em ativos garantidores das
608 provisões existentes e que se fosse considerada a mesma provisão de risco para a
609 diversificação de ativos, o sistema dispunha de R\$ 4,881 bilhões. Concluiu assinalando
610 que a inclusão de ativos não líquidos na provisão para eventos ocorridos e não avisados

611 era tema que demandaria, oportunamente, uma discussão técnica bastante interessante.
612 Dr. **Fausto dos Santos** passou a palavra ao Dr. **Walter César**, da DIOPE/ANS, para
613 esclarecimentos sobre o novo plano de contas. Dr. Walter comentou que o plano de
614 contas padrão não possuía, na verdade, nada de novo pois a sua lógica não havia
615 mudado. Disse que o objetivo central da Agência era consolidar basicamente todo o
616 segmento de saúde suplementar numa única ferramenta de acompanhamento. Dentre as
617 características da nova formatação do plano, destacou a *unificação da estrutura contábil*
618 *por meio do DIOPS*, instrumento que havia possibilitado a consolidação das informações
619 enviadas pelas seguradoras e pelas operadoras, cujas periodicidades de envio eram
620 diferentes. Salientou que essa nova formatação havia modificado o mínimo possível a
621 estrutura inicial, no que se refere às contas comuns, a exemplo de “despesas
622 administrativas” e “despesas gerais”. Ressaltou ainda que, a partir de 2007, o DIOPS
623 passaria a *centralizar as informações de todas as operadoras* e que os dados seriam
624 transmitidos de uma forma diferente: em vez do envio manual da informação por meio
625 de simples preenchimento de dados no DIOPS, seria enviado balancete analítico pela
626 ferramenta XML. Com isso, a idéia era gerar, cada vez mais, um maior grau de
627 fidedignidade para o mercado em geral. Prosseguindo, Dr. Walter assinalou também a
628 *revisão dos aspectos de natureza contábil* a fim de ratificar a utilização de boas práticas
629 contábeis para o setor, utilizadas em nível internacional. Disse que estava prevista, até o
630 dia 20 de dezembro daquele ano, a edição de Instrução Normativa destinada a
631 especificar algumas situações, a exemplo de impossibilidade de utilização de regime de
632 caixa, adoção efetiva do regime de competência como prática regular, critérios para
633 reconhecimento de provisões para contingências, entre outros. Na seqüência, ressaltou
634 que na *formatação do plano de contas*, fora mantido o padrão original de “contas de não
635 produtos” e “contas de produtos”, sendo que no caso dessas últimas, houvera
636 modificações na nomenclatura, que seriam também especificadas na mencionada
637 Instrução Normativa. Dr. Walter falou sobre a participação da DIPRO na definição de
638 novas questões, a exemplo da divisão dos exames e terapias, assim como dos exames
639 “tipo 1” e “tipo 2”. Acrescentou que isso seria detalhado em manual de funcionamento.
640 Anunciou ainda que o novo plano de contas entraria em vigor a partir de primeiro de
641 janeiro de 2007 e que, dentro da *lógica de adaptação*, as operadoras teriam um período
642 de cerca de oito meses, considerando que o prazo de obrigatoriedade para envio do
643 balancete analítico por XML começaria a partir de agosto do mesmo ano, quando a
644 operadora já deveria ter consolidado a implantação do novo plano de contas. Frisou que

o prazo de entrada em vigor do plano de contas não seria dilatado mas que a Agência possuía a flexibilidade de reconhecer que era preciso um período de adaptação para que as empresas pudessem gerar as informações da maneira adequada e esperada. Concluiu ponderando que a mudança proposta era extremamente benéfica, no sentido de consagrar as boas práticas contábeis, conferindo, assim, mais transparência para as informações econômico-financeiras e mais credibilidade para o setor. Dr. Fausto dos Santos abriu a palavra para comentários sobre a revisão da RDC 77 e a implantação do novo plano de contas. Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da FENASEG, deu parabéns ao Dr. Alfredo pela apresentação e ressaltou a importância dele ter demonstrado que quanto mais a operadora demorasse a pagar o prestador, maior seria o valor que ela teria de pagar a partir de sua receita. Solicitou esclarecimento ao Dr. Walter se a partir de agosto de 2007 existiria a obrigatoriedade de recuperar os dados de janeiro, sendo que até essa data as seguradoras e operadoras poderiam encaminhar os dois modelos para avaliação. Dr. Walter respondeu que a idéia era disponibilizar em maio de 2007 a ferramenta XML. Assim, a operadora que tivesse a possibilidade de se adaptar, poderia enviar os dados via XML já no primeiro semestre. Aquelas que não tivessem tal possibilidade de adaptação imediata, a Agência manteria ainda o modelo de transmissão do DIOPS então vigente, que poderia ser utilizado no primeiro trimestre de 2007, tanto pelas seguradoras, quanto pelas operadoras. Caso a empresa não tivesse o plano de contas adaptado até 31 de maio, a opção seria a transmissão dos dados pelo modelo manual. Reiterou que a partir de agosto, o envio por XML seria obrigatório para todas as empresas, sendo que as empresas que haviam transmitido os dados por esse padrão deveriam ajustar o balancete do final do primeiro semestre ao novo padrão do plano de contas. Dr. Marco Antônio, da FENASEG, expressou preocupação pois não sabia se todas as operadoras estariam preparadas em tempo hábil para mudar o padrão para XML a partir de agosto de 2007. Disse que o padrão XML tinha de ser disponibilizado o mais breve possível, para que as áreas de tecnologia e segurança das empresas pudessem ser acionadas. Dr. **Alfredo Cardoso**, diretor da DIOPE/ANS, esclareceu que, como em outras iniciativas, o processo seria realizado com toda a segurança e transparência e que os eventuais problemas seriam resolvidos. Frisou que se tratava de uma mudança e que, como tal, gerava uma resistência inicial, mas que seria conduzida da forma menos traumática possível. Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, solicitou esclarecimento quanto ao modelo manual citado pelo Dr. Walter e quanto ao limite mínimo do recurso próprio ajustável. Dr. Alfredo Cardoso disse que se tratava de uma unificação dos termos

679 utilizados de “provisão inicial” e de “capital mínimo”, que envolvia naquela data R\$ 3,1
680 milhões. Disse que a idéia era fazer um reajuste desses recursos, corrigindo-os por meio
681 de um índice deflator que iria variar conforme a área geográfica de atuação. Acrescentou
682 que os conceitos apresentados haviam sido discutidos com alguns segmentos, a exemplo
683 da ABRAMGE, e que a idéia era ampliar a discussão com a instalação de Câmara Técnica,
684 que considerava como o melhor espaço para aprofundar questões conceituais e
685 operacionais. Afirmou que quando o texto da RN fosse aprovado pela diretoria colegiada,
686 seria submetido a essa Câmara Técnica antes de ser publicado, e que até aquele
687 momento estava mantido o conceito de “capital mínimo”. Dr. **Walter César**, da
688 DIOPE/ANS, esclareceu que, mesmo considerando a complexidade de digitação manual
689 de toda a movimentação de crédito e débito, seria disponibilizado no sítio da ANS o
690 aplicativo para a empresa que desejasse transmitir o seu balancete analítico pelo sistema
691 manual em vez da transmissão via XML. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, declarou
692 que como era a sua primeira intervenção naquela reunião, gostaria de parabenizar a
693 Agência pelos demais programas apresentados e falou sobre sua expectativa de que a
694 Câmara Técnica proposta desse o tempo necessário para discussão técnica de todas as
695 dificuldades, em especial das pequenas e médias empresas. Dr. **José Cláudio Ribeiro**
696 **Oliveira**, da UNIMED, falou sobre a sua certeza quanto à convocação da Câmara Técnica
697 e quanto à aplicabilidade das deliberações dela decorrentes para as operadoras, tendo
698 em conta que a DIOPE sempre adotara como conduta ouvir as demandas, propor
699 mudanças e buscar corrigir as eventuais distorções. Comentou ainda que, no que tocante
700 à relação receita-despesa, existia uma peculiaridade no setor das cooperativas, pois elas
701 não detinham o controle de 100% das despesas devido ao caráter aleatório de seus
702 contratos. Além disso, parte das receitas era controlada pelos índices de reajuste
703 definidos pela ANS. Dessa perspectiva, salientou que os ativos garantidores era uma
704 questão delicada, justificando que o setor não tivera condições de fazer essas provisões
705 em razão do represamento dos reajustes. Argumentou que a constituição das provisões
706 não poderia se tornar um obstáculo, mas um aspecto capaz de incentivar os recursos
707 próprios para que a operadora se mantivesse sólida. No que se refere ao plano de
708 contas, reiterou que toda mudança deveria vir acompanhada por uma fase de orientação
709 e que isso deveria ocorrer em relação a nova Resolução para efeito das garantias. Dr.
710 **Alfredo Cardoso**, da DIOPE/ANS, agradeceu ao Dr. Arlindo pela disposição em
711 reconhecer que o sistema de cooperativas como um todo não controlava as respectivas
712 receitas e tampouco as despesas, o que evidenciava a necessidade de provisões nesse

mercado lastreadas por ativos líquidos e de boa qualidade. Declarou que em razão do descontrole isso se tornava cada vez mais necessário. Reafirmou que a diversificação dos ativos dessas provisões seria tema de discussão na Câmara Técnica, assim como a avaliação das circunstâncias no mercado. No tocante ao plano de contas, frisou que a possibilidade de se abrir os sistemas em paralelo até o mês de agosto de 2007 era um tempo bastante razoável tendo em vista o nível de modificação exigido, mas observou que se, porventura houvesse alguma demanda do mercado, a DIOPE estaria, como de hábito, aberta ao diálogo. Dr. **Adriano Londres**, da CNC, traçou um paralelo entre a atuação da ANS e da ANAC, dizendo que enquanto a ANAC estava tentando descobrir os pontos cegos nos radares, a ANS estava, com o PEONA, criando uma forma de tapar o “ponto cego” naquilo que fugia ao controle do escopo da regulação, na relação operadora-prestador. Dessa forma, considerou que a PEONA era uma forma de trazer uma visão mais real acerca da situação econômica do segmento e cumprimentou a ANS pela iniciativa. Dr. **Eduardo de Oliveira**, da FBH, deu parabéns ao Dr. Alfredo pela apresentação e disse que gostaria de participar da Câmara Técnica para contribuir na discussão sobre as dificuldades enfrentadas pelos prestadores. Na oportunidade, manifestou o seu receio quanto à incorporação tecnológica sem procedimentos da tabela do SUS e do rol de procedimentos da ANS, lembrando que, com certa frequência, a incorporação ocorria no ato, no procedimento já existente. Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, assinalou que os prazos de adaptação deveriam ser discutidos na Câmara Técnica, pois considerava que a ANS teria que dar um prazo maior para adaptação das operadoras no que se refere ao plano de contas e à constituição de reservas, uma vez que grande parcela das autogestões não tinha obrigatoriedade quanto a esses dois aspectos. Dr. **Alfredo Cardoso**, da DIOPE/ANS, esclareceu que a DIOPE assim como as outras diretorias da Agência vinham atuando dentro dos limites máximos estabelecidos em lei, com o objetivo de induzir e ajudar as operadoras a se adaptarem às exigências que a lei colocara. Argumentou que a mudança era algo desconfortável pois demandava prazos e investimentos; contudo, a Agência não tinha a intenção de punir ou prejudicar qualquer segmento ou operador em particular, trabalhando única e exclusivamente para que o sistema permanecesse em equilíbrio e segurança, de modo que as empresas tenham tranquilidade e a transmitam aos seus consumidores e prestadores. Manifestou a sua expectativa de que a UNIDAS, assim como os demais segmentos, pudessem continuar a contribuir nas discussões técnicas com técnicos competentes. Concluiu acrescentando que seguradoras, prestadores e cooperativas médicas seriam convidados

747 para compor a Câmara Técnica. Dr. **Fausto dos Santos** passou ao último ponto da
748 pauta da primeira parte da reunião. **ITEM 4 – BALANÇO DA AUTORIZAÇÃO DE**
749 **FUNCIONAMENTO** - Dr. **Luiz Ricardo Trindade Bacellar**, da GGNAM/DIOPE/ANS,
750 observou que, em razão do tempo, não iria se deter na parte conceitual da apresentação
751 e passaria diretamente aos comentários sobre os resultados alcançados. Afirmou que a
752 autorização de funcionamento era um processo bem dinâmico, cujos números mudavam
753 diariamente. Revelou que em primeiro de dezembro a situação era a seguinte: havia 24
754 operadoras com autorização de funcionamento, 331 operadoras com registro e 839
755 operadoras continuavam com pendências, quanto a “capital mínimo e provisão de risco”,
756 “econômica documental” e “administrativa”. No que se refere ao capital mínimo, relatou
757 que, no início do processo, 260 operadoras apresentavam pendências, número que
758 passara para 242, demonstrando uma evolução, sobretudo em alguns estados onde a
759 questão terminara. No caso de pendências econômicas documentais, contou que
760 inicialmente eram 388 operadoras, número que se elevara para 419, evidenciando um
761 agravamento do quadro, sobretudo nas cooperativas médicas. Contudo, assinalou que
762 fora observada melhora nas regiões Norte e Nordeste quanto ao cumprimento dos
763 financiamentos. Apontou ainda leve melhora no tocante às pendências administrativas,
764 das 182 iniciais havia naquele momento 178 empresas, sendo que as cooperativas
765 médicas e as autogestões patrocinadas, eram motivo de preocupação. Por outro lado,
766 havia sido igualmente observada melhora nas regiões Norte e Nordeste. Com relação ao
767 porte, revelou que existia uma preocupação quanto às pendências de capital mínimo e
768 provisão de risco, sobretudo em relação a 13 operadoras de grande porte, que
769 congregavam mais de cem mil consumidores. No caso das pendências econômicas e
770 documentais, revelou que existiam 17 operadoras de grande porte, destacando que não
771 eram as mesmas do grupo anterior. Com referência ao procedimento previsto na RN 100
772 e na Instrução Normativa nº 7, Dr. Ricardo Bacellar mostrou o seguinte quadro: pequena
773 redução do número de operadoras sem consumidores (de 55 para 53) e 786 operadoras
774 com consumidores. Esclareceu que, conforme os normativos, as operadoras sem
775 consumidores seriam oficiadas (ou seja, instadas a liquidar o ativo e pagar o passivo), e
776 no caso de não cumprimento dessa liquidação ordinária, haveria liquidação judicial. Para
777 as operadoras com consumidores, havia dois procedimentos. Aquelas que não desejavam
778 operar, deveriam alienar a sua carteira e seguir o mesmo procedimento utilizado para as
779 operadoras sem consumidores. No caso das que desejassem operar, os procedimentos
780 incluíam o Plano de Recuperação Econômico e Assistencial (conforme RDC 22), para as

781 pendências relativas a capital mínimo e provisão de risco, e o Termo de Compromisso
782 para Ajuste de Conduta (conforme RDC 57), para as pendências econômicas
783 documentais. Acrescentou que nos próximos dias, estaria disponível, em caráter
784 experimental, no sítio da ANS, um sistema para utilização pelas operadoras com esse
785 tipo de pendência. Na seqüência, Dr. **Everardo Braga**, Gerente-Geral de Estrutura e
786 Operação de Produtos (GGEOP/DIPRO/ANS) iniciou a apresentação sobre o registro de
787 produtos, uma das etapas do processo de autorização de funcionamento. Relatou que até
788 aquela data 945 operadoras haviam atendido ao requisito de registro de produto para
789 autorização de funcionamento: ter pelo menos um plano registrado na Agência já
790 adequado às regras definidas pela RN 100 ou possuir cadastro de operação no SCPA
791 anterior à lei 9.656/1998. Destacou que 244 delas também já haviam atendido ao
792 registro de operadora da DIOPE, mas que cerca de 90 empresas ainda possuíam
793 pendências com relação ao registro de plano. No que concerne ao atendimento dos
794 requisitos falou que aproximadamente 50% das operadoras ativas por segmento já
795 possuíam requisito de produtos atendido. Revelou que, em termos de solicitação de
796 novos registros de produtos, 73% das solicitações haviam sido analisadas, sendo 64%
797 com retorno para operadoras no prazo normativo de 60 dias. Disse ainda que 23% das
798 solicitações haviam sido concluídas, das quais 18% no prazo adicional de 60 dias para
799 ajustes pelas operadoras. Acrescentou que 1.736 processos haviam sido incorporados e
800 que restavam 339 solicitações, cujos processos não puderam ser abertos devido à
801 necessidade de complementação da documentação por parte das operadoras. Comentou
802 que em 2005 o número de solicitações de registro deferidas fora pequeno (36) mas que
803 ao longo de 2006, o volume aumentara gradativamente, com destaque para o mês de
804 outubro (153), e que ocorrera uma queda considerável em novembro (27), que Dr.
805 Braga atribuiu à redução do número de dias úteis nesse mês devido a feriados associado
806 à intensa programação de atividades internas e externas no âmbito da DIPRO. Anunciou,
807 em contrapartida, que somente na primeira semana de dezembro, já se alcançara a
808 marca de 30 registros. Em relação à classificação das operadoras, Dr. Braga apontou
809 que a medicina de grupo apresentara o melhor resultado (37%) das solicitações
810 deferidas e que o resultado das cooperativas médicas era preocupante, pois apenas 16%
811 das solicitações do setor chegavam a um bom termo. Observou que o resto das
812 empresas do setor situava-se na faixa dos 30%. Dr. Braga apresentou quadro atualizado
813 do registro de planos autorizados a serem comercializados no país, chamando a atenção
814 para o fato de que no último trimestre de 2006 haviam sido cancelados os planos que

815 não cumpriam os prazos de RN 100, de modo que de 34 mil planos provisórios restavam
816 21 mil em condições de operação. Informou que em setembro haviam sido cancelados
817 cerca de 13 mil planos e que havia ainda cerca de cinco mil passíveis de serem
818 cancelados. Dessa forma, declarou que a expectativa era que destes, cerca de 3.500
819 planos retornariam, e assim o desenho final do mercado deveria variar entre 18 e 19 mil
820 planos. Com relação à adequação do registro provisório, Dr. Braga observou acentuado
821 número de processos encaminhados entre os meses de maio a agosto de 2006, sendo
822 que em setembro, quando ocorrera o encerramento do prazo, o número caíra para 276,
823 chegando a 1.045 em novembro. Quanto às dificuldades mais freqüentes observadas nas
824 solicitações para registro de produtos, Dr. Braga apontou o cadastramento de dados
825 errados e um conjunto de informações incorretas que eram rejeitadas pelo sistema,
826 gerando, por conseguinte, um desgaste muito grande do trabalho, não só para as
827 operadoras. O mesmo ocorria em relação aos dispositivos contratuais, com freqüentes
828 problemas na elaboração dos textos, que se não fossem solucionados acabariam por
829 permitir atitudes e comportamentos indevidos, com prejuízos para as operadoras.
830 Enfatizou a necessidade de se fazer uma nova combinação com as operadoras para que
831 essas dificuldades fossem superadas, intensificando o processo de troca entre a Agência
832 e as operadoras. Disse que se tratava de um processo de construção para que se
833 pudesse alcançar, do ponto de vista jurídico, um instrumento equilibrado. Dr. **Fausto**
834 **dos Santos** agradeceu ao Dr. Braga pela apresentação e falou que não iria abrir uma
835 discussão sobre a autorização de funcionamento pois o tema era recorrente na CSS.
836 Reiterou que a disposição da Agência era continuar discutindo as eventuais dificuldades
837 desse processo. Contou que a organização de um grupo técnico, a pedido das
838 operadoras, não surtira o resultado esperado por todos, mas que a Agência continuaria à
839 disposição para sugestões tanto da rotina de processamento quanto dos conteúdos.
840 Frisou que a Agência não iria abrir mão de buscar adequação desses contratos tanto em
841 relação à legislação quanto aos normativos, pois quando era concedida a autorização a
842 uma operadora, a Agência estava pondo a sua chancela nesse processo. Em seguida, Dr.
843 **Fausto** anunciou o fim da primeira etapa da reunião e convidou os presentes para um
844 almoço, comunicando que a segunda etapa começaria às 14:30h. **ITEM 5 – BALANÇO**
845 **DA GESTÃO DA ANS (2003/2006)** - Dr. **Fausto dos Santos** retomou a palavra para
846 anunciar a apresentação do balanço de sua gestão como diretor e diretor-presidente da
847 ANS, no período de 2003 a 2006, lembrando que o seu mandato se encerraria no dia 23
848 de dezembro daquele ano. Comentou que, em razão de os mandatos dos diretores da

849 Agência não serem coincidentes, as administrações do órgão se sucediam sem
850 interrupção e sem solução de continuidade. Dessa perspectiva, destacou que a sua
851 apresentação não era propriamente um balanço mas sim um corte temporal relativo ao
852 período em que estiver à frente da Agência como diretor-presidente. Acrescentou que
853 começaria apontando algumas questões que haviam sido abordadas ou enfrentadas
854 durante os últimos três anos e que finalizaria assinalando alguns desafios que ele
855 entendia estarem ainda presentes, tanto no âmbito do setor quanto da própria Agência.
856 Frisou que, apesar dos conceitos e questões a serem tratados, estivessem presentes nas
857 discussões com outros diretores da Agência ou com o corpo de servidores, havia algumas
858 nuances que refletiam a visão dele, em particular, do processo em andamento na
859 regulação do setor no Brasil. Na sequência, deu início à apresentação propriamente dita,
860 ressaltando que a qualificação do setor de saúde suplementar fora a política “guarda-
861 chuva” de sua gestão, tendo gerado o desenvolvimento de políticas e instrumentos
862 específicos, a saber: (i) Programa de Qualificação; (ii) Qualificação Institucional; (iii)
863 Contrato de Gestão; (iv) Fomento à Pesquisa e Publicações; (v) Aprimoramento dos
864 Sistemas de Informação; (vi) Aperfeiçoamento da Regulação Indutora e Normativa da
865 ANS; (vii) Regimes Especiais; (viii) Mudança do Modelo de Atenção à Saúde; (ix) Agenda
866 para Incorporação e Avaliação das Tecnologias de Saúde; (x) Aproximação com os
867 Órgãos de Defesa do Consumidor; (xi) Agenda da Saúde Suplementar em Consonância
868 com as Ações do SUS; e (xii) Autorização de Funcionamento. Frisou que o Programa de
869 Qualificação da Saúde Suplementar tinha por objetivo “o reconhecimento do setor como
870 pertencente ao campo de produção da saúde, implementando uma agenda dentre os
871 atores envolvidos”. Apontou como dois componentes fundamentais do Programa a
872 qualificação das operadoras e a qualificação institucional. Aduziu que, em relação ao
873 *componente de qualificação das operadoras*, a agenda proposta tinha como objetivos: (i)
874 ampliar o debate em torno do modelo de atenção à saúde com ênfase nas ações de
875 promoção da saúde e na prevenção de doenças bem como na regulação da atenção; (ii)
876 potencializar o trabalho integrado de todas as diretorias da ANS, em articulação com o
877 Ministério da Saúde; (iii) desenvolver metodologia de avaliação da qualidade; e (iv)
878 indicar a importância do sistema de informação. Comentou que a revisão do modelo de
879 atenção ainda hegemônico – baseado na produção por procedimentos realizados – era
880 fundamental para evitar o aprofundamento da crise no setor, enfatizando a importância
881 de se focar os resultados das ações e a satisfação dos beneficiários. Salientou que a
882 integração dos processos de trabalho das diretorias da Agência, apesar de ainda

883 necessitar de ajustes, havia permitido uma visão completa do setor e a possibilidade de
884 se estabelecerem discussões, inclusive, conceituais, acerca das ferramentas de regulação
885 utilizadas. No que se refere à metodologia de avaliação, assinalou como avanços o fato
886 de que todos os atores passaram a perceber a importância dos sistemas de informação,
887 bem como o fato de que as operadoras passaram a ter um conhecimento de sua própria
888 carteira, sob a perspectiva epidemiológica e sanitária, o que até então não era prática no
889 âmbito do setor de saúde suplementar. Na sequência, contou que o Programa de
890 Qualificação fora estruturado em três fases: a primeira, lançada pelo então Ministro da
891 Saúde, Humberto Costa, em dezembro de 2004, que abrangeu a análise dos indicadores
892 do ano de 2003, divulgado posteriormente com IDSS do setor por segmento e por
893 modalidade. Em maio de 2005, ainda nessa primeira fase, utilizou-se a mesma
894 metodologia para realizar o processamento dos dados relativos a 2004, envolvendo, 23
895 indicadores, 848 operadoras e 27,7 milhões de beneficiários. Na segunda fase, iniciada
896 em setembro de 2006, Dr. Fausto relatou que haviam sido processados os dados
897 referentes a 2005, envolvendo 41 indicadores, 906 operadoras e 34,3 milhões de
898 beneficiários, sendo que a divulgação dos resultados do IDSS das operadoras fora feita
899 por intervalos (de 0,25) por segmento, por porte e por modalidade. Acrescentou que,
900 ainda em 2006, havia sido realizado o re-processamento do material de 2005 com data
901 de corte a partir de 6 de novembro, o que possibilitara ampliar o universo para 1.012
902 operadoras, que correspondiam a 35,8 milhões de beneficiários. Destacou que, com isso,
903 o Programa já conseguia analisar perto de 90% do total de beneficiários que tinham
904 acesso a algum nível de avaliação de suas operadoras. Outro avanço significativo foi a
905 capacidade demonstrada pelas operadoras de formatação de seus sistemas de
906 informação com vistas a fornecer dados mais fidedignos para a agência reguladora.
907 Prosseguindo, Dr. Fausto comentou que em relação ao *componente de qualificação*
908 *institucional*, os focos das ações haviam contemplado: (i) a definição de uma matriz de
909 indicadores; (ii) a aferição dos resultados alcançados em 2004 e 2005, com análises e
910 propostas de intervenção; e (iii) a redefinição de indicadores da Qualificação
911 Institucional, Contrato de Gestão e Avaliação de Desempenho Funcional (2006-2007).
912 Salientou que todos os instrumentos que a Agência havia utilizado para se auto-avaliar,
913 inclusive para remunerar os seus servidores, estavam articulados dentro de uma mesma
914 base de indicadores no processo de avaliação institucional. Dessa forma, as três
915 ferramentas – a qualificação institucional, o contrato de gestão e a avaliação de
916 desempenho institucional – estavam formatadas a partir de uma base comum de

917 indicadores. Esclareceu que, em relação à qualificação institucional, a avaliação estava
918 focada em três aspectos: a transformação da força de trabalho: a gestão dos recursos
919 humanos; a transformação administrativa: a gestão dos recursos financeiros; e a
920 transformação administrativa: os recursos logísticos e as contratações. No que se refere
921 à gestão dos recursos humanos, assinalou a realização do concurso público (aprovado
922 pela lei 10.871/2004) que resultou na contratação de 371 servidores. Revelou que assim
923 como outras agências, a ANS havia funcionado até 2005 com um quadro precário de
924 funcionários, mantido por meio de contratações por organismos internacionais, contratos
925 temporários e terceirizações. Acrescentou que já havia sido autorizada a realização de
926 um segundo concurso para completar o provimento das 566 vagas previstas. Nessa
927 linha, destacou também a instituição do plano de carreira que definiu padrões para
928 ascensão dos servidores dentro da carreira, com impacto na remuneração destes. Contou
929 que o Governo havia estabelecido uma gratificação vinculada ao desempenho individual
930 dos servidores bem como ao desempenho institucional da própria agência reguladora. No
931 tocante à gestão de recursos humanos, Dr. Fausto mencionou ainda a implantação de
932 uma política de educação permanente, com oferta de cursos de especialização e de
933 mestrado. Adiantou que o primeiro deles seria oferecido em janeiro de 2007: um curso
934 de especialização para 80 especialistas da Agência em parceria com o Sírío Libanês e a
935 Fundação Getúlio Vargas. Afirmou que a estabilização do quadro de servidores permitiria
936 o desenvolvimento de uma política de formação, o que traria impactos extremamente
937 positivos para o funcionamento da agência reguladora. No que se refere à gestão dos
938 recursos financeiros, assinalou a capacidade de arrecadação da ANS frisando que, em
939 2005, fora registrado um “boom” de crescimento de taxa de saúde suplementar, em
940 razão da Autorização de Funcionamento, que fez com que as empresas acelerassem o
941 pagamento da taxa de registro de produtos. Comentou que a arrecadação de 2006 ainda
942 não havia encerrado e que a expectativa era ficar próximo dos resultados de 2005, mas
943 que, de um modo geral, houvera melhora significativa da capacidade de arrecadação da
944 Agência sem aumento das taxas, que eram as mesmas desde o ano 2000. Dr. Fausto
945 revelou ainda que estava sendo planejado um reajuste pela taxa *selic* acumulada durante
946 os dois últimos anos, ao mesmo tempo que destacou a evolução da inscrição na dívida
947 ativa no período 2004-2006, tanto em relação ao TISS quanto em relação a outras
948 receitas da Agência, o que, segundo ele, além do número de inscritos na dívida ativa
949 ampliou também o número de acordos para parcelamento dos débitos. Prosseguindo Dr.
950 Fausto comentou os desafios da gestão para melhorar o esforço de arrecadação: (i)

951 adequação orçamentária – declarou que as contas estavam em equilíbrio; (ii) esforço de
952 arrecadação – sobre o que informou da expedição, entre 2000-2002, de quatro mil
953 notificações; (iii) gestão participativa de todas as diretorias da Agência no orçamento,
954 sob coordenação da GEFIN e GPLAN; (iv) descentralização orçamentária, com a criação
955 de unidades gestoras em São Paulo e no Distrito Federal; e (v) racionalização das
956 licitações e contratos, sobre o que relatou a expressiva diminuição dos gastos, gerando
957 um acúmulo em torno de R\$ 6 milhões para o ano de 2006. Em relação ao contrato de
958 gestão, Dr. Fausto destacou que, no seu entendimento, esse instrumento não interferia
959 na autonomia da agência reguladora e vinha sendo de extrema importância no
960 acompanhamento do desempenho institucional. Afirmou, contudo, que o contrato de
961 gestão poderia produzir melhores resultados se o Ministério da Saúde tivesse *expertise*
962 no sentido de discutir e estabelecer metas para esse instrumento mais coadunadas com
963 a política de saúde do país. Considerou que a discussão em torno do projeto das agências
964 reguladoras vinha evidenciando os desafios a serem enfrentados por estas instituições e
965 reafirmou que o contrato de gestão era um instrumento extremamente positivo para a
966 ANS, pois permitia que a agência fizesse um acompanhamento sistemático de seus
967 resultados, estando assim relacionado ao planejamento estratégico da instituição, o que
968 possibilitava maior abrangência das áreas e aspectos estratégicos a serem
969 acompanhados. Além disso, acrescentou que as metas definidas pelo contrato de gestão
970 estavam também alinhadas aos objetivos do Plano Plurianual (PPA) e do orçamento dos
971 programas do Ministério da Saúde. Revelou que a estrutura do contrato de gestão estava
972 organizada sob a forma de eixos direcionais, índices gerais e indicadores compostos, em
973 foco em resultados, e que fora criada a Medida Resumo (MR) desse controle, que
974 representava uma nota para a performance da ANS no geral. Acrescentou que a
975 metodologia utilizada para a MR estava fundamentada em parâmetros estatísticos, o que
976 permitia a transparência no processo de acompanhamento. Para isso, contou que fora
977 elaborado um sistema informatizado de acompanhamento dos indicadores e metas do
978 contrato de gestão bem como definidas notas técnicas trimestrais detalhadas, com o
979 objetivo de *publicizar* os resultados parciais e globais desse instrumento, a exemplo do
980 que ocorre com o DIOPS e com o SIP. Ressaltou que a elaboração, acompanhamento e
981 avaliação do contrato de gestão é compartilhada com as diretorias da Agência, as quais
982 possuem pessoas específicas para participar desse processo, e que a ANS vinha
983 conseguindo cumprir as metas pactuadas com o Ministério da Saúde. Na sequência, Dr.
984 Fausto falou sobre o fomento a pesquisas e publicações, salientando que a ANS sempre

985 havia estimulado a realização de pesquisas no o Brasil e que ele próprio havia
986 participado, em 1998, no então Departamento de Saúde Suplementar, do processo que
987 visou ao estabelecimento de parcerias inicialmente com universidades e, posteriormente,
988 com centros de pesquisa no campo da saúde suplementar, com foco em temas
989 relacionados à saúde, aspectos econômicos, operação e satisfação de beneficiários,
990 relação entre prestadores e operadores, entre outros. Relatou a abertura de edital em
991 parceria com o CNPq, que resultara na inscrição de 34 e seleção de 14 projetos, e a
992 criação de uma rede de centros colaboradores, que possuía 16 projetos em andamento,
993 sendo 14 instituições contratadas, as quais contavam com a parceria de outras 22.
994 Assinalou também a assinatura e gestão de Acordos de Cooperação Internacional com o
995 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com Fundo das Nações
996 Unidas para a Educação e Cultura (UNESCO) e com a Organização Pan-Americana da
997 Saúde (OPAS). No campo das publicações, Dr. Fausto destacou os livros “Duas faces da
998 mesma moeda” e “As relações entre o público e privado numa abordagem sistêmica”,
999 este último com distribuição a ser iniciada na semana seguinte àquela reunião. Disse que
1000 as informações econômicas sobre o setor eram divulgadas no “Atlas da Saúde
1001 Suplementar” e no “Anuário de Saúde Suplementar”. Destacou ainda o “Caderno de
1002 Informações”, de periodicidade trimestral, que podia ser acessado no *website* da
1003 Agência, e apontou para a importância das informações sobre beneficiários e operadoras
1004 nele divulgadas no que se refere à transparência e o conhecimento do setor. Anunciou
1005 que seria lançado no dia seguinte o “Manual de Promoção da Saúde” e contou que as
1006 cartilhas haviam sido reeditadas naquele ano. No tocante ao aprimoramento do sistema
1007 de informação, Dr. Fausto informou que ao longo de sua gestão os sistemas então
1008 existentes na Agência haviam passado por modificações, sem falar na criação de novos
1009 sistemas. Dessa forma, toda a relação da Agência com o setor regulado passara a
1010 ocorrer através do *website*. Salientou, contudo, que o grande desafio continuava a ser o
1011 como retornar as informações obtidas para a sociedade, mediante o processo de
1012 interpretação dessas informações. Afirmou que iniciativas como o Programa de
1013 Qualificação e a publicação do Anuário e do Atlas haviam conseguido responder um
1014 pouco a essa demanda, embora reconhecesse que a ANS ainda não era capaz de dar
1015 esse retorno, no sentido de melhorar a capacidade de entendimento da sociedade e de
1016 diminuir a assimetria de informações dentro do setor. Em relação ao aperfeiçoamento da
1017 regulação indutora e normativa da ANS, dr. Fausto considerou que os resultados obtidos
1018 por meio da contratualização haviam sido positivos, apesar das críticas: 58% de

1019 adequação e um baixo nível de irregularidades ou distorções e de não cumprimento da
1020 norma em questões não relevantes (sendo que as questões relevantes haviam sido
1021 equacionadas durante o processo de negociação). Citou como exemplo de resultado
1022 positivo, a negociação do grupo UNIDAS com a AMB para elaboração de um padrão de
1023 contrato com os médicos, fato que três anos antes não seria sequer cogitado no setor de
1024 saúde suplementar. Ainda no campo da regulação, mencionou outra iniciativa – a
1025 regulamentação das autogestões – processo que fora realizado de forma participativa,
1026 negociado e discutido por meio de consulta pública da RN 137. Ao lado dessa
1027 regulamentação, foi também citada pelo Dr. Fausto, como sinal do amadurecimento do
1028 setor e da própria agência reguladora, a revisão do normativo sobre aplicação de
1029 penalidades com redefinição sobre infrações à legislação dos planos privados de
1030 assistência à saúde, configurada na edição da RN 124. Nessa linha, Dr. Fausto
1031 igualmente destacou a autorização de funcionamento, processo deflagrado pela
1032 publicação da RN 85 e da RN 100, por meio do qual a Agência esperava delimitar o
1033 mercado real de saúde suplementar no Brasil, quantificando as operadoras que
1034 efetivamente vinham conseguindo cumprir os normativos e eram viáveis, aquelas que
1035 tinham enfrentado dificuldades e necessitavam de acompanhamento mais sistemático da
1036 ANS, bem como aquelas que precisavam ser retiradas do mercado por insuficiência e por
1037 impossibilidade de continuar em operação. Prosseguindo, Dr. Fausto citou o TISS e a
1038 publicação da RN 114, destacando a importância desse normativo para as operadoras,
1039 pela possibilidade de obter informações fidedignas sobre os atendimentos realizados e as
1040 demandas solicitadas pelos clientes; para os prestadores, pela possibilidade de
1041 uniformizar procedimentos e diminuir as glosas. Ainda no tocante à regulação, Dr. Fausto
1042 assinalou o rol de procedimentos, constante da RN 82, que se encontrava em processo
1043 de revisão do odontológico e do médico-hospitalar e contou que a parte relativa ao
1044 odontológico já entrara em consulta pública e que a outra parte entraria no início de
1045 2007. A promoção da saúde (RN 94) foi também mencionada, sendo que dr. Fausto
1046 anunciou a realização de seminário sobre o tema, que ocorreria no dia seguinte.
1047 Destacou que um número bastante expressivo de empresas havia aderido a esse tema,
1048 assim como o conteúdo dos programas por elas apresentados havia sido bastante
1049 significativo. A institucionalização da qualificação (RN 139), a comunicação da internação
1050 hospitalar (RN 113) que permitira o acompanhamento do perfil de morbidade, e os
1051 normativos econômico-financeiros (RN 67) com definição dos ativos garantidores, foram
1052 também apontados como instrumentos de regulação que possibilitaram maior

1053 transparência para o setor. Na sequência, Dr. Fausto falou sobre os regimes especiais e
1054 sua importância destes para a garantia dos beneficiários. Contou que a DIOPE e a PROGE
1055 estavam empreendendo esforços com vistas a acelerar a detecção de problemas, a busca
1056 de intervenções cada vez mais precoces, de modo a ampliar as possibilidades de as
1057 operadoras saírem do regime especial de direção para um plano de recuperação,
1058 evitando assim o processo de liquidação extra-judicial. Afirmou que se tratava de um
1059 processo extremamente complexo, pois cada caso era analisado em particular. Revelou
1060 que em 2004, 19 operadoras haviam entrado em direção fiscal, sendo que 13 foram
1061 liquidadas: em 2005 e 2006, a relação entre empresas em direção fiscal e liquidadas foi,
1062 de respectivamente, 60 para 15, e 28 para 19. frisou que a ANS não possuía qualquer
1063 pretensão de tirar operadoras do mercado, mas que quando isso acontecia era porque as
1064 empresas haviam assumido a sua impossibilidade ao longo do tempo e depois de
1065 sucessivas buscas de alternativas. Em relação às mudanças do modelo de atenção à
1066 saúde, Fausto dos Santos apontou um conjunto de estratégias que vinham sendo
1067 implantadas com esse objetivo: (i) estímulo à implementação de programas de
1068 promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças (RN 94) e da realização de
1069 experiências exitosas e de seminários; (ii) estímulo ao parto natural; (iii) estímulo ao
1070 desenvolvimento de modelos de atenção integral à saúde que articulem, por meio das
1071 linhas de cuidado, a promoção e proteção à saúde, bem como o diagnóstico, tratamento
1072 e reabilitação de doenças – comentou que em oficinas e seminários com operadoras, os
1073 técnicos da ANS buscavam enfatizar a importância de se buscar a conectividade e
1074 interlocução entre prestadores no estabelecimento de uma linha de cuidados; (iv)
1075 elaboração de manual técnico sobre o tema, que seria lançado no dia seguinte; e (v)
1076 participação maciça de operadores no Programa Nacional de Combate à Dengue.
1077 Prosseguindo, Dr. Fausto comentou que os pontos relativos à agenda para incorporação e
1078 avaliação das tecnologias em saúde já haviam sido contempladas na apresentação da
1079 Dr^a Alzira, durante a primeira etapa daquela reunião. No que se refere à agenda da
1080 saúde suplementar em consonância com as ações do SUS, Dr. Fausto enfatizou o esforço
1081 de aproximação com as políticas do Ministério da Saúde, que o corpo diretor da Agência
1082 considerava como fundamental para melhor operação tanto do setor público quanto do
1083 setor privado. Nesse contexto, ressaltou a participação da Agência em fóruns de
1084 discussão e de definição de políticas do Ministério da Saúde (MS), a exemplo da
1085 Comissão de Avaliação e Incorporação Tecnológica (CITEC), do Comitê do Pacto nacional
1086 pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e do Comitê de Prevenção à Dengue.

1087 Acrescentou que, em janeiro de 2007, seria publicada portaria para operacionalizar o
1088 cruzamento dos bancos de dados do MS (SIM e SINASC) com banco de beneficiário de
1089 planos de saúde, o que possibilitaria a obtenção de um perfil de mortalidade do setor,
1090 dos nascidos vivos e o perfil de morbidade, por meio do cruzamento com as CIH
1091 (Comunicação de Internação Hospitalar). Salientou que com esse cruzamento o Sistema
1092 Nacional de Saúde passaria a reunir bancos de dados que incorporariam a totalidade da
1093 população brasileira. A aproximação com os órgãos de defesa do consumidor foi também
1094 relatada pelo Dr. Fausto, que destacou: (i) a realização de dez seminários do Projeto
1095 Parceiros da Cidadania, desenvolvido com apoio do BID-FUMIN; (ii) o Programa Olho
1096 Vivo; (iii) visita da Ouvidoria a 25 Procons, com ênfase nas regiões Norte e Nordeste,
1097 com o objetivo de levantar questões nas quais a ANS pode colaborar para o
1098 funcionamento desses órgãos; (iv) participação, junto com a Anatel, em projeto piloto de
1099 fortalecimento dos órgãos de defesa do consumidor em parceria com a Casa Civil e com
1100 o BID; (v) distribuição de cartilhas da ANS aos Procons; e, (vi) acesso diferenciado
1101 destes Procons à Ouvidoria da ANS para solução dos problemas mais recorrentes.
1102 Terminada a apresentação do conjunto de políticas voltadas para a qualificação da saúde
1103 suplementar, Fausto dos Santos destacou como avanços na construção de um novo
1104 modelo regulatório: (i) a implementação de condições objetivas para o aperfeiçoamento
1105 da regulação indutora e normativa da ANS; (ii) indicação da importância do sistema de
1106 informação, como insumo estratégico de análise do setor e da tomada de decisão; (iii)
1107 ações efetivas das operadoras na melhoria da qualidade dos dados constantes dos
1108 sistemas de informação da Agência; (iv) ampliação do debate sobre o modelo de atenção
1109 à saúde integral – comentou que apesar da não superação dos antagonismos havia sido
1110 possível abrir uma série de canais e possibilidades de negociação; (v) explicitação da
1111 necessidade de se adotar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e de
1112 regulação assistencial. Frisou que as discussões em torno do acúmulo de conhecimento
1113 do setor, da qualificação do processo regulatório e da construção do setor como
1114 pertencente ao campo da produção da saúde já estavam relativamente superadas, mas
1115 que era preciso não perder de vista os resultados alcançados de modo a não inviabilizar a
1116 própria operação econômica e assim a prosperidade do setor em qualquer campo.
1117 Considerou que a realização de visitas técnicas assim como das oficinas da ANS
1118 representavam avanços importantes, devido à possibilidade de se obter uma visão mais
1119 integral das empresas para além dos sistemas de informação como também pela
1120 oportunidade de disseminação do processo regulatório e de esclarecimento de dúvidas

relativas a esse processo, sobretudo junto a operadoras de pequeno e médio portes. Como introdução aos comentários sobre os desafios para os próximos anos, Dr. Fausto destacou três grandes agendas ainda colocadas no setor. A primeira delas é o papel do setor privado na construção do Sistema Nacional de Saúde, tendo em vista que em torno de 24% da população brasileira possui algum nível de saúde suplementar e que quase 70% das internações registradas no país são feitas pela rede privada, mediante vínculos com institutos públicos. Salientou que a Agência poderia contribuir nesse processo, incentivando o debate sob a perspectiva dos gestores públicos. O segundo desafio apontado foi a mudança do modelo assistencial praticado, e o terceiro, os aspectos relacionados ao aprimoramento dos mecanismos de concorrência no setor, a exemplo da portabilidade das carências, de “subprecificação”, de características muito diferenciadas entre as empresas. Dessa perspectiva, Dr. Fausto assinalou a necessidade de se investir na qualidade, com definição de critérios objetivos de qualidade que possam ser apropriados pela sociedade. Nessa linha, apontou a discussão em torno do processo de acreditação com vistas à ampliação dessa prática no país. Assinalou também a necessidade de aprofundamento da adoção de protocolos e diretrizes clínicas, a exemplo da parceria feita com a Associação Médica Brasileira (AMB). Destacou a importância desses mecanismos para a padronização das boas práticas e chamou a atenção para a responsabilidade dos órgãos públicos e das entidades médicas na disseminação junto à sociedade do são boas práticas. No que se refere à portabilidade das carências, ressaltou a importância de se construir mecanismos que garantam ao consumidor a possibilidade de escolher bem como de alterar a opção escolhida quando essa não o satisfizer. Outro desafio apontado por Dr. Fausto foi o fortalecimento da descentralização das ações da ANS para os núcleos regionais como forma de ampliar a capacidade de interlocução destes com a sociedade local para além da atividade fiscalizatória. Salientou também a necessidade de se aumentar a interface da ANS com todos os seus regulados e de se realizar um segundo concurso público, sobre o que comentou que o edital para o preenchimento das 119 vagas restantes estaria sendo publicado no dia seguinte. O ressarcimento ao SUS foi igualmente apontado como desafio a ser enfrentado diante do enorme passivo gerado dentro do setor e dos riscos dessa situação resultar em processo judicial de grandes proporções, podendo até inviabilizar o funcionamento de algumas empresas. Reafirmou a importância das visitas técnicas, com a participação de todas as diretorias da ANS naquilo que lhes cabia, como instrumento de antecipação quanto de equacionamento de algumas questões colocadas pelas operadoras. Revelou que essa

1155 atividade da ANS foi reconhecida pelo Ministério da Saúde por meio de prêmio da
1156 Expogest. Acrescentou que o TISS havia recebido prêmio de padrão de qualidade e que o
1157 Hospital Anchieta havia também premiado a ANS pela atuação na saúde suplementar.
1158 Dr. Fausto comentou sobre a dificuldade de se fazer uma síntese do trabalho realizado
1159 em razão da diversidade de questões. Ressaltou o esforço feito durante os três anos no
1160 sentido de trazer a saúde suplementar para um nível maior de transparência,
1161 confiabilidade, segurança e respeitabilidade da sociedade brasileira. Constatou que os
1162 desafios identificados mostravam que ainda havia muito mais a ser realizado, ao mesmo
1163 tempo em que salientou que esses desafios não esgotavam todos os problemas e
1164 dificuldades que o setor ainda iria enfrentar. Na sequência, colocou-se à disposição para
1165 dúvidas e esclarecimentos, passando a palavra ao primeiro inscrito. Dr. **Samir Dahas**
1166 **Bittar**, da AMB, destacou o esforço da diretoria em melhorar o setor, em meio à
1167 complexidade deste, com antagonismos e dificuldades em sua regulação. Afirmou que o
1168 bem-estar dos usuários passava pela forma de atuação de prestadores e operadoras, por
1169 meio de um trabalho mais sólido, decente. Considerou, no entanto, que não se podia
1170 permitira que as operadoras trabalhassem a preços irrealis, sob risco de comprometer o
1171 setor, pois os aspectos de baixa remuneração médica citados pelo Dr. Fausto era uma
1172 consequência da atuação de operadoras que não possuíam responsabilidade com o
1173 global, que ofereciam serviços que não eram capazes de realizar, causando danos ao
1174 setor. Dr. Samir cumprimentou o Dr. Fausto em nome da AMB, e falou sobre a sua
1175 expectativa para que houvesse persistência no caminho que vinha sendo trilhado. Frisou
1176 que o saneamento efetuado deveria abranger também o trabalho médico, com vistas a
1177 intensificar a responsabilidade e a ética mas também a adoção de honorários de melhor
1178 qualidade, para que o usuário fosse o melhor beneficiado. Dr. **José Carlos de Souza**
1179 **Abrahão**, da CNS, parabenizou o Dr. Fausto, em nome da Confederação e de todas as
1180 entidades nela congregadas. Destacou a capacidade de liderança deste como
1181 coordenador do Fórum de Saúde Suplementar, num momento extremamente delicado
1182 para o setor, e como diretor da ANS, onde conseguiu suplantar os antagonismos e
1183 imprimir uma relação de diálogo com o setor. Disse a semente plantada deveria ter
1184 continuidade e que muitos desafios deveriam ainda continuar sendo enfrentados por
1185 todos. Finalizou expressando o desejo de que o Dr. Fausto fosse reconduzido ao cargo.
1186 Dr. **Benício Paiva Mesquita**, do CFO, declarou, em seu nome, em nome do Dr. José
1187 Mário e do Conselho, que os resultados conquistados até aquela data eram também fruto
1188 da parceria com os segmentos presentes, sendo que considerava esse o grande avanço

conquistado durante a gestão do Dr. Fausto. Apontou ainda a desburocratização de todas as ações, o que havia possibilitado uma comunicação mais direta e transparente entre a Agência e o setor. Parabenizou todos da diretoria e expressou o desejo de recondução do Dr. Fausto ou a indicação de uma pessoa que tivesse o mesmo entendimento e firmeza para cumprir o que determina a legislação no que tange ao papel institucional da agência reguladora. Estendeu os seus cumprimentos ao quadro de funcionários que haviam contribuído para esse melhor desempenho da Agência, e também desejou votos de boas festas aos demais membros da CSS. Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, cumprimentou o Dr. Fausto e toda a diretoria da ANS bem como os servidores da instituição. Disse que a apresentação do Dr. Fausto demonstrara que o trabalho realizado havia valido a pena, em razão da dedicação com que foi executado. Declarou que o Dr. Fausto fora o melhor presidente da ANS até então e desejou que ele continuasse a atuar com a mesma dedicação, fosse em outros espaços na saúde suplementar ou fora dela. Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da FENASEG, falou sobre o temor inicial das seguradoras por ocasião da indicação do Dr. Fausto para a presidência da ANS e elogiou a atuação do presidente no processo de discussões sobre os pontos divergentes na construção do modelo. Destacou, em particular, o papel da Agência como indutora da relação entre o judicial e o mercado operador. Assinalou ainda a capacidade do Dr. Fausto em lidar com um conjunto de diretores com idéias diferentes e em montar uma equipe de técnicos competentes. Agradeceu pelo trabalho realizado e pela dedicação, em nome de todas as seguradoras e desejou a recondução ao cargo. Dr.^a. **Hilma Santos**, do PROCON/SP, parabenizou Dr. Fausto pela jornada e pelo consenso obtido em inserir a saúde suplementar dentro de um modelo integral de assistência à saúde, o que promovera um salto de qualidade substancial na regulação do setor. Apontou como um dos desafios a aproximação com os órgãos de defesa do consumidor, para o que se fazia necessário a criação de mecanismos e a identificação de possibilidades de ampliar esse diálogo de forma que o ator beneficiário pudesse ter uma participação mais efetiva para contribuir no processo de regulação. Dr. **Adriano Londres**, da CNC, revelou que em suas primeiras participações nas reuniões da CSS tinha a impressão de estar em uma reunião de condomínio, onde parece que ninguém se entende. Disse que esse ambiente mudara não só como reflexo do amadurecimento do setor, mas também pela atuação da diretoria da ANS. Dessa perspectiva, destacou a busca do entendimento, da transparência; ao lado da busca da racionalização fundamentada em trabalhos técnicos e do movimento de articulação não só dentro do segmento mas entre este e os demais

atores envolvidos. Concordou com os desafios apontados pelo Dr. Fausto e comentou sobre a importância de se ampliar o papel do setor privado na desenho do sistema de saúde brasileiro. Salientou também a necessidade de alteração da lei, fato que não dependia exclusivamente da ANS, mas que precisava ser perseguido a fim de se eliminar todas as inconsistências existentes. Considerou que o crescimento do setor não estava somente associado ao crescimento da economia, mas que era possível prestar um papel maior à sociedade brasileira a partir da postura ética e compromissada com a coisa pública. Parabenizou Dr. Fausto pela postura de humildade, de entendimento que deveria servir de exemplo para que o cidadão pudesse cobrar daqueles que não a possuíam, o que ele concluiu que não eram poucos. Desejou feliz natal a todos e o retorno do Dr. Fausto em março de 2007. Dr.^a. **Marilia Ehl Barbosa**, da UNIDAS, comentou que muitos dos aspectos que desejava ressaltar já haviam sido mencionados, mas que como representante da UNIDAS, considerava que a Agência possuía uma grande responsabilidade no maior entrosamento, no amadurecimento e na transparência observados no setor. Cumprimentou a direção, a equipe e todos os colaboradores e gerentes e, referindo-se à fala do Dr. Adriano Londres, pediu um pouco mais de empenho da Agência no sentido de que o setor de saúde suplementar não fosse visto como o vilão da área de saúde, mas sim como um parceiro do setor público. Dr. **José Martins Lecheta**, da CMB, endossou as falas anteriores e parabenizou o Dr. Fausto pelo trabalho realizado. Referindo-se à situação que as filantrópicas atravessavam naquele momento, destacou o esforço empreendido pela Agência na busca de alternativas e soluções bem como pela aproximação com o segmento representado na CMB. Dr.^a **Leda Lúcia Vasconcelos**, do CONASEMS, afirmou que antes de ser representante do CONASEMS já atuara em diversos espaços na ANS e também participara do Fórum de Saúde Suplementar. Falou sobre os avanços significativos do setor durante a gestão do Dr. Fausto, com destaque para a busca da qualificação, que deveria envolver todos os atores e, sobretudo, os serviços oferecidos aos usuários dos planos de saúde. Destacou ainda a regulação assistencial como instrumento de transformação das operadoras em gestores de saúde, bem como o entendimento de que o setor suplementar deve estar vinculado ao Sistema Único de Saúde. Elogiou a atuação firme e íntegra do Dr. Fausto e concluiu, enfatizando que estava somando a voz do CONASEMS para que o processo de amadurecimento pudesse durar por mais três anos. Dr. **Sérgio Werneck**, do PROCON/SP Defesa do Consumidor, destacou que o clima vivido naquele momento pelo setor era diferente do clima observado no Fórum de Saúde Suplementar devido ao fato

1257 de que passara a existir a disponibilidade de colaborar, de doar alguma coisa. Considerou
1258 que a atitude de humildade do Dr. Fausto fora essencial para quebrar as resistências e
1259 promover o entendimento. Afirmou que o ano de 2006 fora tranquilo para o setor mas
1260 que essa bonança nem sempre poderia continuar, por isso era importante que todos
1261 abraçassem os desafios e trabalhassem para que eles fossem vencidos. Expressou a
1262 convicção de que o Dr. Fausto e sua equipe, com a eficiência que vinham demonstrando,
1263 saberiam como dar continuidade ao processo no sentido de extrair de cada segmento a
1264 contribuição que estavam dispostos a dar. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE,
1265 revelou que até a gestão do Dr. Fausto considerava impossível o reconhecimento dos
1266 sanitaristas sobre o papel da iniciativa privada, destacando que o setor suplementar era
1267 “olimpicamente ignorado” a despeito de atender perto de 25% da população brasileira.
1268 Cumprimentou o presidente pela forma como conduziu a ANS assim como pelo
1269 reconhecimento e aproximação com o setor, que acabara lhe permitindo acumular um
1270 conhecimento amplo sobre a atividade. Destacou a coesão da diretoria na execução de
1271 todos os programas e pela forma simpática e tranquila com que o trabalho hercúleo foi
1272 desenvolvido. Parabenizou toda a diretoria e considerou que, diante do conhecimento
1273 acumulado pelo Dr. Fausto, esperava a sua recondução. Dr. **Egberto Mirando Silva**
1274 **Neto**, da UNIODONTO, agradeceu não só ao Dr. Fausto mas também **a todos os**
1275 **servidores - inclusive a equipe de Brasília - pela paciência, tolerância e atenção**
1276 **que recebera**, lamentando a ausência do Dr. Leôncio. Afirmou que não gostaria de dar
1277 um tom de despedida e manifestou a expectativa de dar continuidade ao trabalho
1278 iniciado para a melhoria da saúde – pública e suplementar – de um modo geral. Reiterou
1279 os agradecimentos à diretoria colegiada e a todos os servidores, incluindo a equipe de
1280 Brasília, pela atenção e presteza. Dr. **Bruno Sobral**, do Ministério da fazenda, agradeceu
1281 a toda a diretoria e endossou todos os elogios feitos. Disse que o Ministério da Fazenda,
1282 por meio da Secretaria de Acompanhamento Econômico, vinha participando desse setor
1283 no sentido de promover a concorrência de forma que se obtenha cada vez melhor
1284 qualidade e menores preços. Afirmou que o papel do governo é atuar sempre que o
1285 mercado por si só não for capaz de proporcionar uma alocação eficiente dos recursos, o
1286 que é o caso do setor de saúde suplementar, considerado extremamente complicado
1287 devido às inúmeras falhas de mercado presentes. Defendeu que a simples promoção da
1288 concorrência sem regulação não era a solução adequada e disse que a ANS vinha
1289 buscando aquilo que se espera de um órgão regulador: estabelecer regras que
1290 permitissem um maior nível de concorrência possível, e de acordo com a defesa e o

1291 interesse do consumidor. Chamou a atenção que a equidade, ao lado de preço e
1292 qualidade, formavam um tripé para o setor. Agradeceu a forma transparente, cordial e
1293 aberta com a qual a ANS havia recebido o Ministério da Fazenda e parabenizou toda a
1294 diretoria pelo trabalho realizado. Dr. **Alfredo Cardoso**, diretor da DIOPE/ANS, lembrou
1295 o receio que sentira no primeiro contato com o Dr. Fausto devido ao fato dele ser
1296 sanitaria e de como a convivência edificante, prazerosa e de muito aprendizado havia
1297 apagado essa primeira impressão. Contou que havia um respeito muito grande na
1298 construção de um consenso dentro da diretoria, que realmente era formada por pessoas
1299 bem diferentes. Destacou que, se cada diretoria quisesse ter vida própria e caminhar em
1300 sentidos opostos, haveria uma divergência de objetivos e o trabalho não teria avançado.
1301 Anunciou que gostaria de compartilhar com o Dr. Fausto três elogios que ouvira, que
1302 considerava como três presentes de final de ano. O primeiro, do Dr. Bruno Sobral, do
1303 Ministério da Fazenda, que comentara durante o almoço que dentre as agências
1304 reguladoras, a ANS era a que mais tinha clareza e permeabilidade na relação com os
1305 órgãos de governo mas também com a sociedade. O segundo viera do Dr. Samir Bittar,
1306 da AMB, que dissera que haviam acabado os escândalos com as operadoras em razão da
1307 postura da Agência na solução de problemas desse tipo com o mínimo de dano
1308 assistencial e econômico. O terceiro fato mencionado pelo Dr. Alfredo foi o lançamento
1309 de ações de duas operadoras – uma do segmento médico e outra do segmento
1310 odontológico – que reconheceram como um dos principais e mais relevantes fatores de
1311 seu sucesso a disciplina econômico-financeira e assistencial que a ANS lhes havia
1312 imposto, no âmbito da regulação. Finalizou expressando desejo de continuar a trabalhar
1313 com o Dr. Fausto pelo menos até maio do ano seguinte. Dr. **Gilson Coleman**, diretor da
1314 DIGES/ANS, contou de sua resistência em aceitar o convite do Dr. Fausto para trabalhar
1315 na Agência pois percebia o setor como algo muito complicado. Discorreu sobre as
1316 qualidades dos sanitaria para afirmar que o grande mérito do Dr. Fausto fora fazer
1317 com que a diretoria, a despeito de suas diferenças, construísse uma agenda positiva,
1318 necessária ao setor e baseada no diálogo permanente. Frisou que o maior beneficiário
1319 dessa agenda é a população e concluiu afirmando que o Dr. Fausto conseguira reunir
1320 integridade, competência e interesse público. Dr. **Eduardo Sales**, diretor da DIFIS/ANS,
1321 destacou a capacidade de coordenação do Dr. Fausto, sua clareza de objetivos e
1322 segurança na organização das idéias dos demais diretores. Comentou que ele havia
1323 estimulado uma nova forma de enxergar junto com os pares, fazendo com que o corpo
1324 de funcionários da Agência se sentisse como protagonista nesse processo de construção.

1325 Salientou ainda a importância da dinâmica de diálogo permanente na qual operadoras e
1326 prestadores contestam, convencem, são convencidos. Acrescentou que essa postura
1327 republicana da direção da ANS repousa em princípios éticos bastante objetivos,
1328 transparentes, e que considerava essa era a forma adequada de se regular o mercado de
1329 saúde suplementar. Declarou que era um prazer e um privilégio compor uma diretoria
1330 presidida pelo Dr. Fausto. Dr. **Eduardo Oliveira**, da FBH, falou em nome do Dr. Plínio,
1331 que se encontrava acamado, para cumprimentar o Dr. Fausto e toda a diretoria da ANS
1332 pelo trabalho realizado e pelos resultados alcançados. Assinalou que antes da presença
1333 do Dr. Fausto a ANS era uma agência de números, com foco em reajustes, e que havia
1334 passado a ser uma agência de saúde, que começou a olhar para os aspectos médicos, da
1335 saúde como um todo. Dr. **José Carlos de Souza Abrahão**, da CNS, que referindo-se à
1336 fala do Dr. Eduardo, ressaltou a mudança de cultura da Agência promovida pelo Dr.
1337 Fausto, que antes era somente a discussão de reajuste, e chamou a atenção para a
1338 coragem dele em assumir e dar um reajuste maior do que os índices de inflação. Dr.
1339 **Fausto dos Santos** retomou a palavra e declarou o seu orgulho em ser sanitarista e que
1340 a formação em saúde pública havia lhe possibilitado uma visão ampla do setor de saúde
1341 no Brasil. Considerou que os elogios e comentários feitos não poderiam ser assimilados
1342 de forma pessoal, pois o mérito do trabalho estava na constituição da equipe. Destacou
1343 que o que fazia um bom gestor era ele se cercar de pessoas com capacidade técnica e
1344 que isso, sem qualquer falsa modéstia, existia dentro da ANS. Afirmou que o quadro de
1345 funcionários era de primeira qualidade e que havia acumulado uma visão bastante
1346 abrangente do funcionamento do setor, pois uma das exigências da diretoria era a
1347 necessidade de interação, ética e transparente, com os regulados, o que ele considerava
1348 como sendo uma das maiores contribuições dadas ao processo de regulação do setor.
1349 Desejou boas festas a todos e comentou que inicialmente, do ponto de vista pessoal,
1350 havia resistido à possibilidade de recondução, mas que acabara se convencendo da
1351 importância desse processo. Observou que essa era uma decisão do Presidente Lula, que
1352 dependia de uma série de questões. Comentou que mesmo em outra trincheira,
1353 continuaria o esforço de contribuir para a construção do sistema de saúde no Brasil.
1354 Referindo-se à Dr^a Leda Lúcia Vasconcelos, falou sobre o papel decisivo que ela
1355 desempenhou para que ele aceitasse o desafio de coordenar o Fórum de Saúde
1356 Suplementa, em 2003, e depois, quando ele assumiu a presidência da Agência. Contou
1357 que ela tinha uma responsabilidade muito grande pelos erros e acertos do processo
1358 desenvolvido pela Agência e que a população de Aracaju, onde ela assumira o cargo de

1359 Secretária de Saúde estava muito bem servida. **ENCERRAMENTO** - Nada mais tendo a
1360 declarar, Dr. Fausto agradeceu a todos e, expressando desejo de reencontro breve
1361 naquela ou em outras jornadas, encerrou a reunião.

1362 Agência Nacional de Saúde Suplementar

1363 Ministério da Fazenda

1364 Associação Médica Brasileira – AMB

1365 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas –
1366 CMB

1367 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS

1368 Confederação Nacional do Comércio – CNC

1369 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS

1370 Conselho Federal de Odontologia – CFO

1371 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED

1372 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

1373 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

1374 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – AFB

- 1375 Federação Brasileira de Hospitais – FBH

- 1376 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG

- 1377 Força Sindical

- 1378 Fundação PROCON São Paulo

- 1379 Fundação PROCON SJC

- 1380 Segmento de Autogestão da Assistência à Saúde – UNIDAS

- 1381 Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo - SINOG