

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

ABERTURA – Às dez horas do dia três de maio do ano de dois mil e sete, no Salão Itaipu “B” do Rio Othon Palace Hotel, situado à Avenida Atlântica, 3264, Copacabana, na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quadragésima Sexta Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **José Leôncio Feitosa**, Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras (DIOPE/ANS); Dr. **Eduardo Sales**, Diretor de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dr^a **Lêda Maria de Vargas Rebello**, Chefe de Gabinete da ANS; Dr **Alfredo Scaff**, Diretor-adjunto da Diretoria de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **Maria Ângela Scatena**, da Gerência de Padronização de Informação (GGSUS/DIDES/ANS); Dr. **Flávio Dantas Fassini**, Gerência-Geral de Habilitação das Operadoras (GGHAO/DIOPE/ANS); Dr. **Leandro Fonseca da Silva**, do Ministério da Fazenda; Dr. **José Mário Moraes Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dra. **Carmen Lúcia Lupi Monteiro**, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Dr. **Luís Plínio Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão** e Dr. **Dante Montagnana**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Dr. **Fernando Coelho Neto**, da Confederação Nacional da Indústria (CNI); Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e Dr. **Adriano Matheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC); 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 Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de Almeida** e Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, do

33 SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **Celso Corrêa de Barros** e Dr.
34 **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da
35 Saúde Suplementar; Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva**
36 **Neto**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dr^a **Selma do**
37 **Amaral** e Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa do Consumidor,
38 PROCON/SP; Dr^a **Vera Lúcia de Vita**, da AFB, pelas Entidades de Portadores de
39 Deficiência e de Patologias Especiais. Dr. **Fausto dos Santos** abriu a 46^a Reunião da
40 CSS e apresentou desculpas aos membros pelo adiamento do evento, cuja realização
41 deveria ter ocorrido no mês de março de 2007, explicou que dentre os motivos estavam
42 o processo de transição de governo e do período de vacância para substituição da
43 Presidência da ANS. Em seguida, **comunicou alterações na representação das**
44 **seguintes entidades:** a) **Ministério da Fazenda** – Dr. Leandro Fonseca da Silva
45 (suplente); b) **CONASS** – Dr. Marcus Vinícius Caetano Pestana (titular, Secretário de
46 Estado de Saúde de Minas Gerais); c) **COFEN** – Dra. Carmen Lúcia Lupi Garcia (titular) e
47 Dra. Maria Filomena Pereira Almeida (suplente); **PROCON São Paulo** – Dra. Selma do
48 Amaral (titular) e Dra. Hilma Araújo dos Santos (suplente); e **CNI** – Dr. Fernando Coelho
49 (titular). Dr. Fausto justificou as ausências do Dr. Gilson Coleman, Diretor de Gestão da
50 ANS, que se encontrava em férias após ter permanecido como presidente em exercício
51 da Agência durante quatro meses, bem como das representantes da PRO TESTE, Dra.
52 Maria Inês Dolci (titular) e Dra. Ana Luisa Ariolli (suplente). Com relação à ata da 45^a
53 Reunião da CSS, declarou que haviam sido acatadas as alterações propostas pelo Dr.
54 Egberto Miranda, da UNIODONTO, pela Dra. Marília Barbosa, da UNIDAS, e pelo Dr. José
55 Cláudio Oliveira, da UNIMED. Como nenhuma outra alteração foi sugerida pelos
56 presentes, Dr. Fausto considerou aprovada a ata da 45^a Reunião. Para falar sobre o
57 primeiro ponto da pauta, Dr. Fausto passou a palavra ao Diretor de Desenvolvimento
58 Setorial da ANS. **ITEM I – SITUAÇÃO DO TISS** – Dr. **José Leôncio Feitosa** fez uma
59 breve retrospectiva do processo de implantação do TISS, iniciado em 2003 e que
60 envolvera a realização de inúmeros encontros regionais, seminários e oficinas com
61 diferentes entidades. Lembrou que a implantação definitiva do TISS se daria a partir de
62 1º de junho de 2007 e comentou que no início da formulação do sistema a Agência tivera
63 o cuidado de examinar a implantação de sistemas semelhantes em outros países. Dessa
64 perspectiva, destacou a experiência de sistema similar implantado havia pouco tempo
65 nos Estados Unidos, que proporcionara redução de custos por evento de troca de
66 informação por paciente de US\$ 2,8 para US\$ 0,85, entre outros benefícios. O diretor da

67 DIDES salientou a importância e o peso da implantação do TISS para a regulação no
68 Brasil, bem como a modernidade e a melhoria das relações resultante desse processo.
69 Contou que a Agência havia apresentado dois trabalhos sobre trocas entre empresas e
70 prestadores, em congresso internacional, e que na sequência fora convidada a fazer
71 palestras sobre a experiência brasileira. Para relatar a situação do TISS até aquele
72 momento convidou a Dra. **Maria Ângela Scatena**, Gerente de Padronização de
73 Informação da DIDES/ANS. Antes de iniciar a apresentação dos dados, Dra. Ângela
74 contou que fazia parte da equipe do TISS desde o início da formulação do sistema,
75 quando este ainda era uma proposta. Em seguida, introduziu sua fala comentando sobre
76 a complexidade da cadeia de informação no sistema de saúde brasileiro e o número de
77 atores envolvidos: compradores de serviços, operadoras, a ANS enquanto órgão
78 regulador, prestadores de serviços, vendedores de vários tipos e empreendedores de
79 tecnologia da informação. Apontou como principais problemas nessa cadeia de
80 informações: (i) defasagem em termos de comunicação eletrônica B2B; (ii) existência de
81 diversos bancos de dados nacionais que não conversavam entre si; (iii) troca
82 fragmentada de informações e os conflitos presentes na relação entre prestadores e
83 operadoras no que se refere às questões de glosas e informações inconsistentes ou
84 ausentes; (iv) falta de padronização das informações administrativas, demográficas e
85 clínicas até mesmo entre setores de uma mesma empresa devido a sistemas
86 incompatíveis, elevados custos administrativos e insuficientes informações gerenciais; (v)
87 informação insuficiente do setor de saúde suplementar para subsidiar a atuação de
88 órgãos governamentais e pesquisadores; (vi) presença de custos crescentes no setor,
89 decorrentes do envelhecimento populacional, da incorporação tecnológica e da
90 complexidade na tomada de decisão. Nesse contexto, Ângela Scatena destacou a
91 importância da informação em saúde como ferramenta estratégica para a gestão e
92 regulação do setor, permitindo a construção de indicadores de qualidade para o sistema
93 de saúde e a utilização dessas informações para o planejamento e organização dos
94 serviços de saúde, orientando gestores – tanto privados quanto do SUS – na adequada
95 distribuição de recursos físicos, financeiros e humanos. Assinalou que a visão da
96 GGSUS/DIDES era “melhorar a comparabilidade, qualidade, integridade e a utilidade da
97 informação em saúde suplementar, a partir da integração de sistemas de informação,
98 independentes relevantes para o setor, públicos e privados em todos os níveis (local,
99 regional, nacional e internacional) através da adoção de uma política de informação
100 uniforme, do uso de padrões e do incentivo à informatização e ao intercâmbio eletrônico

101 de informações entre os diversos *players* do setor e ao desenvolvimento do registro
102 eletrônico de saúde”. Para desenvolver a formação desse padrão, Dr^a Ângela contou que
103 fora desenvolvida uma linguagem comum que permitisse o compartilhamento de
104 informações, a interdisciplinaridade, a integração de sistemas de informação
105 independentes, comparação de dados e informações e o cruzamento (*linkage*) de dados
106 em ambientes seguros. Explicou que o atual estágio de implantação do TISS envolvia
107 apenas a transação de contas entre prestadores e operadoras e que o passo seguinte
108 seria a ampliação dessa troca, por meio da implantação de Registro Eletrônico de Saúde
109 (RES), de modo a permitir apoio 24 horas à assistência e às informações disponíveis on-
110 line, incluindo a possibilidade de acesso do usuário ao seu prontuário mediante o
111 estabelecimento de perfis de acesso. Esclareceu ainda que os agregados de dados
112 anônimos identificados no RES poderiam fornecer subsídios para programas de melhoria
113 da saúde, da qualidade de gestão e do controle social além de possibilitar pesquisas
114 epidemiológicas. Citou como exemplo o caso de sistema de prontuário eletrônico nos
115 Estados Unidos que permitia ao paciente, mesmo fora de sua cidade, acessar o seu
116 prontuário e estar em contato direto com o seu médico ou procurar outro profissional,
117 conforme a urgência da situação. Enfatizou que a informação obtida por meio do RES,
118 além de ampliar o conhecimento sobre a saúde da população por parte da academia e de
119 órgãos de governo, propiciaria ao paciente utilizar-se da sua própria informação para o
120 acompanhamento de seu tratamento. Nessa linha, apontou como requisitos
121 fundamentais para um registro eletrônico: interoperabilidade entre sistemas; utilização
122 de sistemas de classificação e terminologias, a exemplo do CID-10, CBO, CEP, Tabelas de
123 Procedimentos; preocupação com o conteúdo essencial de informações estatísticas, a
124 exemplo de SIM, SINASC, informações sobre altas hospitalares; e presença de
125 identificadores unívocos (prestador, beneficiário, registro de planos). Revelou que
126 naquele momento a ênfase do trabalho da DIDES era intensificar a interoperabilidade
127 semântica, isto é, uniformizar conceitos relativos aos procedimentos, a exemplo de
128 consulta médica, retorno, encaminhamento etc. Prosseguindo afirmou que a troca das
129 informações no TISS era feita em linguagem XML, um tipo de linguagem computacional
130 das guias, faturas e informações assistenciais entre operadoras e prestadores, e que,
131 portanto, a Agência não recebia informação identificada do TISS. Observou que, apesar
132 do disposto na norma e nos seminários promovidos pela Agência, muitas pessoas ainda
133 achavam que a Agência recebia as informações de troca do TISS. Dessa forma, resgatou
134 o texto do artigo segundo da Resolução Normativa nº 114 para destacar os quatro tipos

135 de padrão presentes no TISS: conteúdo e estrutura; representação de conceitos em
136 saúde; comunicação; e segurança e privacidade, que ainda não fora criado pela Agência.
137 Esclareceu que, em relação a último aspecto, a recomendação era a adoção das regras já
138 existentes no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e ANS, bem como a
139 utilização do manual de segurança elaborado pela Sociedade Brasileira de Informática
140 em Saúde e CFM. No que se refere aos prazos, Ângela anunciou que, conforme
141 estabelecido na RN 138/2006, trocas com guias médicas e odontológicas (padrão de
142 conteúdo e estrutura) deveriam se encerrar em 31 de maio de 2007 e que as trocas
143 eletrônicas entre operadoras e grupos de prestadores ocorreriam de acordo com o
144 seguinte cronograma: Grupo I – hospitais e clínicas, 31 de maio de 2007; Grupo II –
145 consultórios médicos e odontológicos, 30 de novembro de 2008; e Grupo III – clínicas
146 odontológicas, 30 de novembro de 2007. A gerente da GGSUS/DIDES apresentou alguns
147 modelos de guias chamando a atenção que os campos assinalados em cinza de
148 preenchimento obrigatório pela operadora em virtude de negociação entre as partes,
149 mas que alguns eram condicionais, a exemplo do campo relativo a parto, visto que este
150 não possuía guia específica. Com relação ao padrão de comunicação, explicou que havia
151 três possibilidades de troca eletrônica: (i) transmissão por meio de fila de informações,
152 repassadas pelo prestador ao final de cada dia de atividade; (ii) *web service*, na qual os
153 sistemas da operadora e do prestador conversam entre si; e (iii) realização de trocas
154 dentro de portal criado pelas operadoras. Acrescentou que por meio dessas trocas e
155 transações eletrônicas, o prestador solicita uma autorização e a operadora responde
156 enviando a autorização do procedimento. Numa etapa posterior, o prestador envia um
157 lote de guias de faturamento e a operadora informa do recebimento. Prosseguindo,
158 Ângela Scatena comentou que, conforme disposto na RN 114/2005, o padrão de
159 segurança e privacidade estava embasado nas Resoluções 1638 e 1639/2002, que
160 estabeleciam as características de segurança para transações desse tipo, assim como na
161 IN 17, que trata de dispositivo – HASH MDS - capaz de criptografar o epílogo da
162 mensagem, conferindo maior segurança à transação. Mencionou também as penalidades
163 descritas na RN 124/2006 para operadoras e prestadores de serviço que não enviassem
164 à ANS as informações dentro do padrão, no prazo e condições estabelecidos,
165 respectivamente, nos seguintes artigos: 13 - não cumprimento da norma; 33 - não
166 fornecimento ou recusa de envio, envio de informações falsas e atrasos injustificados
167 nesse envio; 42 - tentativas de restrição à liberdade do exercício da atividade profissional
168 do prestador de serviço; 43 – não cumprimento das regras estabelecidas para

169 formalização dos instrumentos jurídicos firmados com pessoa física ou jurídica prestadora
170 de serviço de saúde; 44 – não cumprimento das normas relativas ao padrão essencial
171 para a troca de informações sobre atendimento prestado e sobre beneficiários; 72 –
172 divulgação ou fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços
173 assistenciais de informações sobre condições de saúde dos consumidores sem a anuência
174 destes ou fora dos casos previstos em lei; 73 – não adoção de mecanismos mínimos de
175 proteção à informação em saúde suplementar previstos na regulamentação da ANS; e 74
176 – não informação aos consumidores das informações estabelecidas em lei ou pela ANS.
177 Na seqüência, dra. Ângela falou sobre o Comitê de Padronização da Informação
178 (COPISS), fórum de discussão de caráter consultivo coordenado pela DIDES, criado pela
179 RN 114/2006. Contou que o grupo se reunia em média uma vez por mês e que o
180 trabalho vinha possibilitando a aproximação e diálogo com o mercado para promover as
181 alterações no padrão. Detalhou que o COPISS era composto de um grupo coordenador e
182 mais quatro grupos com atribuições de discutir, especificamente: (i) padrões de conteúdo
183 e estrutura; (ii) padrões de representação de conceitos; (iii) padrões de comunicação; e
184 (iv) padrões de segurança. Acrescentou que o grupo de padrões de representação de
185 conceitos havia sido desdobrado em seis subgrupos – OPME, material médico-hospitalar,
186 tabela hospitalar, procedimentos, medicamentos e odontologia – e destacou que essa
187 ampliação do escopo de abrangência do COPISS havia possibilitado a incorporação da
188 ANVISA no processo de elaboração da padronização, ao lado de outros órgãos nacionais
189 e das demais diretorias da ANS. Relatou que o Comitê reunia 21 membros, com seus
190 respectivos suplentes, sendo três representantes da ANS, um do Ministério da Saúde;
191 sete representantes de operadoras e sete de prestadores de serviços; um representante
192 do segmento de consumidores e dois de ensino e pesquisa. Ressaltou que as decisões
193 para alterações no TISS eram realizadas com base nos seguintes critérios: reduzir custos
194 administrativos; aumentar a eficiência e eficácia em atividade de atenção à saúde;
195 favorecer a integração de sistemas de informação da ANS com o Ministério da Saúde ou
196 outros órgãos relacionados; e promover harmonização com padrões nacionais e
197 internacionais. Lembrou que o TISS nascera de um projeto do Banco Interamericano de
198 Desenvolvimento (BID) com o objetivo de fomentar a criação de um software para
199 empresas e prestadoras de pequeno porte. Revelou que no decorrer do desenvolvimento
200 desse projeto, a equipe observou a necessidade de se criar um padrão, denominado
201 APLICATISS, e um gerenciador de mensagem, denominado TISSNET. Complementou que
202 o APLICATISS congrega cadastros (beneficiários, prestador, operadora, contratos, rede,

203 autorização e eventos assistenciais) e geração das mensagens eletrônicas TISS e que o
204 TISSNET permite o gerenciamento da fila de mensagens eletrônicas trocadas entre as
205 operadoras de plano de saúde e os prestadores de serviços, mediante a utilização de
206 “uma porta TCP dedicada ao serviço que pode ser livremente escolhida e configurada
207 para a certificação digital das entidades” e também operar como um *web service*,
208 servidor ou cliente. Comunicou que o TISS possuía uma *hot site* dentro do sítio da
209 Agência, contendo informações sobre o gerenciador, normas estrangeiras, padrão
210 adotado e orientações sobre como realizar a sua implantação. Acrescentou que nesse *hot*
211 *site* estavam também sendo introduzidas a representação do COPISS e as atas das
212 reuniões do Comitê. Com relação aos benefícios do TISS, Ângela Scatena fez referência à
213 pesquisa sobre o custo administrativo com o processamento de contas médicas, realizada
214 em maio de 2006, nos Estados Unidos, que mostra que o gasto com o processamento de
215 contas “simples” recebidas eletronicamente era mais baixo (US\$ 0,85) do que contas
216 “simples” recebidas em papel (US\$ 1,58), uma vez que essas eram mais passíveis de
217 apresentar erros e necessitar de nova revisão. Nessa linha, salientou que o TISS
218 representava uma oportunidade de aperfeiçoamento do relacionamento das operadoras
219 com a rede prestadora de serviços. Assinalou que no cenário atual, havia expressivo
220 número de operadoras que recebia o faturamento em papel, o que resultava nas
221 seguintes situações: descumprimento dos prazos de pagamento; risco de perda dos
222 processos físicos; elevado índice de erros de digitação nos sistemas das operadoras;
223 elevado índice de re-análises; dificuldade da rede para conciliar os pagamentos de suas
224 faturas; inexistência de tabela padrão de glosas; análise manual dos processos; e
225 dificuldade de cobrança de faturas de equipes terceirizadas nos hospitais. Argumentou
226 que no cenário proposto do TISS, com faturamento no padrão XML, os resultados
227 seriam: recepção das contas pelas operadoras no dia de seu fechamento, possibilitando o
228 cumprimento dos prazos acordados; críticas de elegibilidade no momento da transmissão
229 evitando o envio de contas que podem ser acertadas antes da rejeição nas operadoras;
230 maior automatização da análise técnica possibilitando a melhoria do processo de glosas;
231 extrato de glosas padronizadas possibilitando a conciliação de pagamentos ocorridos; e
232 redução de re-análises. Concluindo a apresentação, Ângela Scatena afirmou que os
233 desafios em relação à implantação do TISS eram: estabelecer a interoperabilidade em
234 face das dimensões do país e do número de pequenos prestadores; necessidade de
235 colaboração entre os setores público e privado; promoção de mudanças culturais nas
236 organizações e entre as instituições; instruir o consumidor/beneficiário sobre as

237 informações eletrônicas em saúde; e fomentar o desenvolvimento da infra-estrutura
238 tecnológica. Dr. **Fausto dos Santos** agradeceu à gerente e abriu a palavra para
239 esclarecimentos, sugestões e comentários. Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon**, da
240 UNIODONTO, disse que o seu segmento havia entrado com documento junto à ANS
241 solicitando prorrogação do prazo de implantação do TISS. Justificou que o sistema
242 UNIODONTO era muito descentralizado nos diversos pontos do país e que vinha
243 recebendo retornos de afiliados com relação a situações nas guias que, no seu entender,
244 necessitavam de revisão por parte da Agência, a exemplo de campos com espaços
245 insuficientes para conter as informações solicitadas. Expressou sua preocupação em
246 gastar dinheiro grande na impressão das novas guias e depois, em razão dessas
247 situações, haver novas alterações, ao mesmo tempo em que reiterou o pedido de
248 prorrogação do prazo. Referindo-se à fala do Dr. Alarcon, Dr. **Celso Corrêa de Barros**,
249 da UNIMED, mencionou que na última reunião do SINOG havia sido também decidido o
250 apoio à solicitação feita pela UNIODONTO, com relação à prorrogação do prazo.
251 Prosseguindo Dr. Celso cumprimentou o Dr. Fausto pela recondução à presidência da
252 ANS e colocou o sistema UNIMED à disposição para trabalhar em conjunto. Reiterou o
253 pedido de prorrogação de prazo apresentado pela UNIODONTO e revelou que isso fora
254 também sendo pleiteado por representantes das suas federações e das cerca de 360
255 cooperativas. Contou que a entidade havia identificado, por meio de uma rápida
256 pesquisa, que em torno de 40% das cooperativas ainda não estavam preparadas para a
257 implantação até o prazo definido e que elas haviam feito publicar nota em jornal carioca
258 solicitando uma prorrogação de noventa dias. Pediu que a diretoria colegiada avaliasse a
259 possibilidade desse adiamento na implantação do TISS, e que no âmbito do COPISS os
260 técnicos pudessem conversar para ver a viabilidade dessa data. Dr. **Marco Antônio**
261 **Antunes da Silva**, da FENASEG, deu parabéns ao Dr. Fausto pela recondução à ANS,
262 desejando-lhe sucesso no segundo mandato e expressando o seu apoio a iniciativas que
263 venham a contribuir para o desenvolvimento do mercado. Dirigindo-se à Dr^a Maria
264 Ângela, indagou se as considerações feitas pelo mercado relativas a falhas na
265 conceituação da linguagem haviam sido incorporadas à Instrução nº 23, ao mesmo
266 tempo em que solicitou que as correções propostas fossem logo divulgadas, de modo que
267 as operadoras tivessem tempo hábil para fazer as customizações nos sistemas. Como
268 segundo ponto, considerou que reconhecia a obrigatoriedade de envio das informações
269 do segmento que representava; contudo, afirmou que existia um forte movimento de
270 prestadores no sentido de não fornecer algumas dessas informações. Frisou que a

271 discussão em torno dessa situação e de seus desdobramentos deveria ser retomada, a
272 fim de não penalizar o projeto como um todo. Sugeriu assim que na etapa inicial de
273 implantação fosse criada uma regra que possibilitasse a comunicação a ANS sobre
274 aqueles prestadores ou clínicas que se negassem a fornecer informações, e que a partir
275 daí fossem aplicadas as penalidades. Dr. Fausto passou a palavra ao Dr. **José Leôncio**
276 **Feitosa**, para responder às questões levantadas. Dr. José Leôncio afirmou que o objetivo
277 da agência nacional é implantar o TISS devido aos seus benefícios para o setor como um
278 todo. Referiu-se à cultura existente no Brasil e em outros países de deixar as coisas para
279 a última hora para considerar que a implantação do projeto vinha sendo desenvolvida
280 desde 2003, e que, portanto, não era algo surgido de forma inesperada. Dessa forma,
281 declarou que no dia seguinte haveria reunião do COPISS, um mecanismo altamente
282 democrático criado pela Agência que reunia representantes de toda a academia e do
283 mercado de operadores e prestadores; assim, a possibilidade de prorrogação do prazo
284 seria discutida e avaliada para que posteriormente pudesse ser encaminhado à diretoria
285 colegiada. Em seguida, pediu à Dr^a **Ângela Scatena** para responder às questões
286 técnicas. Referindo-se ao questionamento do representante da Sulamérica, a gerente da
287 GGSUS/DIDES contou que as correções necessárias ao padrão XML haviam ficado
288 prontas e que naquele momento a Agência estava finalizando a formatação de uma nova
289 portaria, que provavelmente estaria sendo publicada até a terça-feira da semana
290 seguinte. Declarou que haviam sido feitas atualizações no padrão XML conforme as
291 discussões ocorridas sobre educação e segurança. Dr. **Marco Antônio Antunes da**
292 **Silva**, da FENASEG, disse que gostaria de deixar registrado que as modificações a ser
293 realizadas até a semana seguinte teriam impacto muito grande na implantação do
294 projeto a partir de 1º de junho, uma vez que todas as operadoras vinham se preparando
295 conforme a orientação anterior. Dessa forma, falou sobre a sua preocupação com o prazo
296 de orientação dessa nova orientação, em face da necessidade de novos ajustes no
297 processo de customização dos sistemas que isso acarretaria. Propôs que se mantivesse a
298 versão anterior e se deixasse a nova orientação para um segundo momento, pois muitas
299 operadoras teriam dificuldade em se adaptar à nova realidade. Dr. **Fausto dos Santos**
300 reiterou que aquelas questões seriam discutidas e avaliadas tecnicamente no dia
301 seguinte, durante a reunião do COPISS, assim como os impactos delas decorrentes. Dr.
302 **Onécio Silveira Prado Júnior**, da CMB, disse que a Confederação entendia a
303 importância e a validade da implantação do sistema, mas que, apesar do lembrete do Dr.
304 José Leôncio em relação ao tempo de implantação, defendeu a prorrogação do prazo

tendo em conta a dificuldade que o seu segmento tinha em cumprir o prazo então vigente. Dr. **Luís Plínio Moraes de Toledo**, da FBH, cumprimentou o Dr. Fausto pela recondução e falou da preocupação da FBH e dos prestadores em geral em relação à disparidade entre as informações recebidas da ANS e as informações que os prestadores vinham recebendo de algumas operadoras. Observou que algumas dessas empresas estavam solicitando dados que nada tinham a ver com o TISS, numa tentativa de obter informações de que ainda não dispunham. Sugeriu que, em razão dessa situação, toda a informação obrigatória fosse preenchida até o dia 31 de maio e que aquilo não definido como obrigatório fosse negociado *a posteriori*, ressaltando que estava dando essa orientação para os associados da entidade. Explicou que se, na condição de prestadores, tivessem que preencher guias de diferentes maneiras para diferentes operadoras, o início do processo já começaria fora de uma padronização. Ressaltou que não era possível deixar de pagar o prestador por uma falha que possa ocorrer – e com certeza falhas ocorreriam – porque os prestadores iriam à falência. Comentou que a sugestão por ele feita já havia sido levantada em reunião do COPISS, para que a fase inicial tivesse um caráter de orientação em vez de fiscalização. Dessa perspectiva defendeu que o COPISS deveria publicar uma instrução sobre como preencher e o que tem que ser feito para padronizar, de modo a deixar sem validade todas as outras instruções ou manuais que tenham sido distribuídos por prestadores ou pelas próprias operadoras. Dra. **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, parabenizou o Dr. Fausto pela recondução à presidência da ANS e salientou que o TISS representa um benefício para todo o setor. Falou sobre a sua preocupação em relação ao fato mencionado pela Dra. Ângela de que o aplicativo já estaria defasado devido a alterações realizadas no projeto, além de alertar sobre a inconveniência de quaisquer novas modificações a serem aprovadas na reunião do COPISS marcada para o dia seguinte, 04/05/2007, visto que alterações feitas naquele estágio tornariam também defasados os sistemas implantados pelas operadoras. Dessa perspectiva, solicitou que a ANS avaliasse melhor o pedido de prorrogação de prazos, uma vez que a própria Agência não estaria viabilizando o aplicativo atualizado para as operadoras. Dr. **José Leôncio**, da DIDES/ANS, confirmou que, dadas as mudanças propostas e acolhidas pela Agência, o APLICATISS acabara ficando defasado, mas esclareceu que, em razão de utilizar uma fonte aberta, a própria operadora podia realizar ajustes que se fizessem necessários com muito mais rapidez do que a equipe da ANS. Reiterou que os demais assuntos seriam tratados na reunião do COPISS, no dia seguinte, ressaltando que a função do comitê técnico era avaliar bem as questões a fim de evitar

339 mudanças repentinas e recorrentes. Dr. **Fausto** fez uso da palavra para considerar que
340 após a discussão do COPISS a diretoria colegiada faria também uma discussão sobre a
341 prorrogação dos prazos e o processo de implantação do TISS. Frisou que não era
342 interesse da ANS sair aplicando o elenco de penalidades, mas promover a qualificação de
343 seu pessoal, em especial da DIFIS, para realizar o acompanhamento do processo de
344 implantação, a exemplo do que ocorrera por ocasião da entrada de regras do processo de
345 contratualização. Em seguida, passou a palavra a Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon**, da
346 UNIODONTO, que indagou se seria elaborado um manual sobre o TISS ao que Dra.
347 **Ângela Scatena** respondeu que o COPISS havia deliberado a elaboração de dois
348 manuais: um sobre eletrônica, e outro, sobre conteúdo e estrutura, com orientações
349 sobre como implantar o projeto, o significado dos campos, como fazer o preenchimento
350 das legendas e explicações sobre a padronização. Informou que esse manual fora
351 publicado e estava disponível no *hot site*. Acrescentou que o outro manual também
352 estava finalizado e igualmente disponível no sítio da ANS. Dr. Fausto passou ao item
353 seguinte da pauta. **ITEM II – RESULTADOS DA CÂMARA TÉCNICA DE PROVISÕES** -
354 Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das
355 Operadoras – DIOPE/ANS, agradeceu a presença dos representantes de todos os
356 segmentos convidados para integrar a Câmara Técnica, realizada nos meses de fevereiro
357 e março de 2007, com o objetivo de discutir o aprimoramento das regras econômico
358 prudenciais do mercado, no sentido de mitigar o risco de operação dos planos de saúde.
359 Lembrou que em junho daquele ano seria encerrado o prazo para que as operadoras com
360 registros provisórios regulamentassem a provisão de risco, de modo que, diante de uma
361 eventual insuficiência de receita, a repercussão na assistência ao beneficiário fosse a
362 menor possível. Dr. Alfredo ressaltou como um dos resultados positivos da Câmara a
363 ampla representatividade de todos os setores da saúde suplementar – ABRAMGE, CNS,
364 FBH, CFC, CMB, FENASEG, FENASAÚDE, IBA, IBRACON, IESE, SEAE/Min. da Fazenda,
365 SDE-DPDC/Min. da Justiça, SINOG, UNIODONTO do Brasil, UNIMED do Brasil, UNIDAS E
366 ANS (DIPRO, DIGES, DIFIS, DIOPE, PRESI e PROGE). Nessa linha apontou também: o
367 consenso técnico obtido, em especial quanto à necessidade de se implantar regras
368 econômicas e prudenciais; o consenso em relação aos prazos; e o surgimento de
369 propostas para a redução de risco de operação de planos de saúde, a exemplo do
370 resseguro e construção de um grande fundo garantidor com base na lógica mutualista.
371 Observou que os prazos não seriam comentados na apresentação que se seguiria pois
372 faltava ainda discutir o assunto no âmbito da diretoria colegiada. Em seguida, passou a

373 palavra ao Dr. **Fábio Dantas Fassini**, assessor especial da DIOPE/ANS e organizador da
374 Câmara Técnica, cumprimentando-o bem como o técnico Washington pelo trabalho
375 realizado na construção do arcabouço prudencial. Dr. Fábio comparou o processo de
376 regulação econômico financeira a um jogo de futebol e considerou que no atual estágio
377 da partida os jogadores estavam muito mais qualificados tecnicamente, em decorrência
378 do trabalho iniciado em 2001, pela Dra. Solange, depois aperfeiçoado e desenvolvido
379 pelo Dr. Alfredo Cardoso. Relatou que a reunião de instalação da Câmara Técnica
380 ocorrera em 14 de fevereiro de 2007 e que as outras três reuniões haviam sido
381 realizadas no mês de março do mesmo ano. Lembrando os princípios da contabilidade,
382 salientou que no âmbito do patrimônio da empresa, os ativos garantidores
383 correspondiam ao ativo e que as provisões técnicas e o capital próprio, ao passivo. Dessa
384 forma, frisou que não bastava apenas a escrituração da provisão para garantir segurança
385 à empresa, uma vez que a garantia real eram os ativos, conforme estabelecido na RN 67.
386 Dr. Fábio apontou os principais resultados alcançados na Câmara Técnica, no que se
387 refere à provisão e capital: (i) substituição dos conceitos de “capital mínimo” e “provisão
388 para operação” por um conceito único – Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA); (ii)
389 atualização do capital base de R\$ 3 milhões para R\$ 4,5 milhões – ressaltou que esse
390 havia sido o cenário de maior risco mas que esses valores poderiam ser menores a
391 depender do perfil de atuação da empresa e de seu tipo de segmentação; (iii)
392 obrigatoriedade de constituição da Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados
393 (PEONA) - exceto para as operadoras exclusivamente odontológicas -, com o objetivo de
394 tratar os riscos decorridos e explicitar um passivo “oculto” nos demonstrativos contábeis;
395 (iv) instituição de margem de solvência para todas as operadoras – trata-se de regra
396 prudencial com foco na capitalização das empresas que se constitui em garantia adicional
397 às provisões técnicas para suportar as oscilações das operações; (v) conceituação de
398 “dependência operacional” e estabelecimento de seu limite financeiro; (vi) revisão dos
399 conceitos de “provisão de risco” e “provisão para remissão”; (vii) regulamentação das
400 notas técnicas atuariais para provisões, com disposições sobre os seus elementos
401 mínimos e aspectos atuariais; e (viii) extinção do Índice de Giro da Operação (IGO), que
402 foi substituído por indicadores mais clássicos. No que se refere aos ativos financeiros e
403 imóveis, Fábio Fassini assinalou o papel da RN 67/2004, que correspondeu à primeira
404 etapa no processo, com “exigência de constituição e definição do rol de ativos aceitos
405 como garantidores das provisões técnicas bem como dos critérios de diversificação dos
406 mesmos.” Numa segunda etapa, observou que passou a haver “exigência do registro e

vinculação bem como o aprofundamento dos critérios de aceitação, custódia e movimentação dos ativos garantidores.” Com relação à garantia do rol de ativos, o assessor especial da DIOPE/ANS contou que fora sugerida a criação de um fundo de aplicação dedicado ao setor de saúde suplementar, desenvolvido por instituições financeiras privadas com nível de credibilidade capaz de dar segurança à garantia que está sendo oferecida. Acrescentou que esse tipo de fundo estaria condicionado à formalização de convênio entre a ANS e a instituição financeira administradora do fundo e que normas do Conselho Monetário Nacional já estabeleciam *rating* mínimo de classificação de risco. Frisou como vantagens a possibilidade de ganhos de escala na aplicação, isenção de ônus da custódia e taxas de administração competitivas. Ainda com relação à garantia do rol de ativos, Fassini apontou duas alternativas discutidas no âmbito da Câmara Técnica: o recibo de depósito cooperativado, praticado por empresas como a UNIMED, e as cotas de Fundo de Investimento em Direitos Creditórios (FIDC), comentando sobre a tendência dos bancos em aplicar em FIDC dentro de fundos referenciados em CDI e com rentabilidades mais atrativas para os investidores. Ponderou ainda sobre a necessidade de garantia financeira quando a diferença entre o prazo médio de pagamento de eventos e o prazo médio de recebimento das contraprestações for superior a trinta dias. Explicou que esse excedente da dependência operacional deveria estar previsto nos ativos garantidores, para o que as operadoras deveriam registrar junto à ANS quais ativos constantes em seu balanço patrimonial seriam destinados à cobertura das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional, bem como o volume financeiro correspondente. Frisou que esta vinculação se daria através da transferência dos valores para conta específica nos agentes responsáveis pela custódia – Câmara de Custódia e Liquidação (CETIP), Sistema Especial de Liquidação e Custódia (SELIC) ou Companhia Brasileira de Liquidação e Custódia (CBLC) – ou, mediante convênio entre a ANS e instituições financeiras responsáveis pelos fundos específicos ou, ainda, no caso de imóveis, através de gravame na certidão vintenária. Acrescentou que “diariamente a ANS teria acesso à posição de custódia/aplicação de cada operadora com a relação de ativos vinculados, volume financeiro e preços unitários”, de modo a observar o perfil de ativos garantidores custodiados. Ressaltou que para movimentação dos recursos, as operadoras deverão manter nas contas específicas de custódia, o nível mínimo de cobertura das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional. Poderão ainda transacionar seus títulos e valores desde que previamente autorizado pela ANS mediante a liberação de acesso às informações do sistema de crédito do Banco Central para

441 monitoramento do perfil de endividamento das operadoras, e mantido o equilíbrio
442 econômico financeiro de suas operações. Fábio Fassini concluiu a apresentação
443 lembrando que a ANS poderia solicitar a qualquer momento o bloqueio da movimentação
444 dos títulos e valores depositados nas contas de reserva técnica, e que os imóveis
445 vinculados poderiam ser liberados para as operadoras após comprovação da suficiência
446 de outros ativos que suportassem a totalidade da garantia e a devida aprovação da
447 Agência. Dr. **Alfredo Cardoso**, diretor da DIOPE/ANS, comentou que estava sendo
448 discutida uma exceção em relação às autogestões anteriormente ditas patrocinadas no
449 sentido de que o prazo de transição fosse diferente das demais operadoras do mercado.
450 No tocante à uma das propostas surgidas na Câmara Técnica, de utilização do resseguro,
451 Dr. Alfredo contou que a Agência solicitara à FENASEG a intermediação junto ao IRB para
452 que a fosse realizada discussão técnica relativa a oportunidades e dificuldades nesse
453 setor. No tocante à criação do fundo garantidor do setor, disse que a expectativa era que
454 cada modalidade de operação, de acordo com os desafios enfrentados, discutisse e
455 formulasse no seu âmbito uma proposta que pudesse suportar ou mesmo substituir uma
456 parte da constituição da margem da solvência. Dr. **Fausto dos Santos** abriu a palavra
457 para esclarecimentos e sugestões que pudessem balizar a Agência para a tomada final de
458 decisão. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, desejou sucesso ao Dr. Fausto em sua
459 segunda gestão na presidência da ANS e contou que uma comissão técnica do SINAMGE
460 havia participado da Câmara Técnica. Observou que, do ponto de vista técnico, a
461 constituição das provisões era bastante elogiável e prudencial para a proteção dos órgãos
462 do sistema. No entanto, assinalou o diferencial existente entre as empresas do setor, em
463 especial as de pequeno porte, no sentido de cumprir todas as garantias exigidas. Dessa
464 perspectiva, anunciou que o SINAMGE estava propondo a elaboração de um redutor com
465 vistas a amenizar o impacto financeiro resultante da constituição dos fundos garantidores
466 sobre o faturamento das empresas, motivo de grande preocupação para elas. Dr. **Marco**
467 **Antônio Antunes da Silva**, da FENASEG, parabenizou Dr. Alfredo Cardoso e Dr. Fábio
468 Fassini pelo excelente trabalho e comentou sobre a importância das provisões para o
469 desenvolvimento do mercado. Referindo-se à comparação feita pelo Dr. Fábio com um
470 jogo de futebol, falou da expectativa de que a partida acabasse no tempo regulamentar,
471 uma vez que o assunto vinha sendo tratado na Agência havia algum tempo. Solicitou que
472 fosse definido se haveria ou não redutor, mencionando que talvez fosse esse o motivo da
473 fraca concorrência no mercado. Solicitou também que, em relação à parte econômico
474 financeira do programa de qualificação o peso dado ao item “dimensão” fosse revisto de

475 modo a ficar igual a “atenção à saúde”. Dr. **Celso Corrêa de Barros**, da UNIMED,
476 ponderou sobre a ação transformadora do tempo na regulamentação do mercado de
477 saúde suplementar, aludindo às dificuldades enfrentadas por empresas como a UNIMED,
478 que completaria 40 anos em dezembro de 2007. Lembrou que quando a Dra. Solange, da
479 antiga SUSEP, falara sobre provisão de risco ele havia argumentado que aquilo não era
480 possível de ser feito, mas que após seis anos, já se tornara uma realidade no mercado.
481 Ressaltou a necessidade de se aprofundar a discussão relativa à PEONA e revelou que a
482 UNIMED havia remetido uma proposta para a Agência, em março daquele ano,
483 contemplando todos os itens e prazos que a entidade julgava factíveis para a adaptação
484 às regras vigentes, e expressou o desejo do sistema UNIMED de que tal proposta fosse
485 acolhida dentro das possibilidades de discussão da diretoria colegiada. Dra. **Marília Ehl**
486 **Barbosa**, da UNIDAS, cumprimentou Dr. Alfredo e sua equipe, na pessoa do Dr. Fábio,
487 pela excelência técnica na condução do trabalho da Câmara Técnica. Disse que nada
488 tinha a observar quanto a aspectos técnicos e endossou a importância das provisões para
489 a higidez econômica do setor. Falou também sobre a importância de se garantir, para as
490 autogestões que não estavam obrigadas à constituição das reservas, o mesmo prazo
491 dado a todos os outros segmentos do setor. Solicitou esclarecimento quanto à margem
492 de solvência e criação de fundo garantidor, tendo em vista que, no seu entendimento,
493 este fundo substituiria a necessidade de comprovar a referida margem, no caso das
494 autogestões, uma vez que a margem de solvência gera um impacto financeiro muito
495 grande. Dr. **Alfredo Cardoso**, da DIOPE/ANS, dirigiu-se ao Dr. Arlindo de Almeida, do
496 SINAMGE, e ao Dr. Celso Corrêa de Barros, da UNIMED, para dizer que as considerações
497 apresentadas com relação aos prazos haviam sido atendidas desde a reunião final da
498 Câmara Técnica. Anunciou que a Agência já recebera a proposta da UNIMED e estava à
499 disposição para receber a do sistema ABRAMGE. No tocante à consideração do Dr. **Marco**
500 **Antônio Antunes da Silva**, da FENASEG, falou que um dos objetivos do projeto de
501 qualificação contempla o desenvolvimento de indicadores capazes de avaliar, de forma
502 objetiva, os resultados na assistência médica, hospitalar e odontológica, o que até então
503 não ocorrera. Frisou que como consequência, as questões assistenciais vinham
504 demandando mais a atenção das operadoras em relação às questões econômico
505 financeiras e que esta tendência deveria se manter por mais um período de tempo,
506 salientando que isso nada tinha a ver com ordem de importância no contexto da
507 qualificação. No que se refere ao questionamento da Dra. Marília Ehl Barbosa, da
508 UNIDAS, Dr. Alfredo declarou que a Agência buscava dar o tratamento mais isonômico

509 possível a todos os segmentos de mercado, respeitando as características de cada um.
510 Assinalou que a margem de solvência era uma exigência aplicada a todos os segmentos
511 e que faltava ainda discutir como ela seria aplicada no segmento anteriormente dito das
512 autogestões patrocinadas. Acrescentou que a PEONA era ainda uma proposta cuja
513 constituição se daria em prazo menor do que o da margem de solvência. Destacou que,
514 conforme explicitado durante a Câmara Técnica, a constituição da PEONA seria
515 simultânea à da margem de solvência, sendo que o impacto dessa última, por ser maior,
516 demandaria mais tempo. Esclareceu que ao longo da construção da PEONA, os
517 segmentos teriam a oportunidade de discutir a criação, dentro do seu segmento do fundo
518 garantidor e que se essa estruturação fosse tecnicamente factível, havia a possibilidade
519 de as empresas serem dispensadas da constituição de uma parte da solvência. Reiterou
520 que tal proposta fora encaminhada durante a Câmara Técnica com o intuito de oferecer
521 oportunidades aos diversos segmentos de estudar, entender e construir, no contexto de
522 suas facilidades e dificuldades, uma solução mutualista capaz de mitigar os riscos
523 específicos de sua operação, servindo como garantia adicional à provisão de risco para a
524 dependência operacional e como complemento a uma parcela da estrutura de capital já
525 modificada dessas empresas. **ITEM III – DESAFIOS DO SETOR DE SAÚDE**
526 **SUPLEMENTAR** – O diretor-presidente da ANS, Dr. **Fausto dos Santos**, iniciou a sua
527 fala declarando que a sua recondução à presidência da ANS tinha um efeito simbólico de
528 renovação e não de mera continuidade sobre os processos em andamento ou
529 planejamento. Falou que a idéia era aprofundar diversos processos, com enfoques mais
530 específicos e precisos, fruto da maturação do setor e da capacidade de regulação da
531 Agência. Dessa perspectiva, apontou os seguintes desafios, que envolviam iniciativas
532 importantes dentro de um esforço maior de toda a ANS. 1) **Intensificar a política de**
533 **qualificação**, processo que envolve não só o programa de qualificação e todo o processo
534 de aprimoramento que ele demanda - substituição de indicadores, melhor entendimento
535 da capacidade avaliativa da Agência, melhoria dos sistemas de informação das
536 operadoras, a implantação do TISS – mas também trazer para a sociedade elementos
537 mais transparentes, mais consolidados, de avaliação do setor. Citou como exemplo o PAC
538 Educação apresentado pelo Ministro da Educação, cujo aspecto mais enfatizado havia
539 sido o aprimoramento da capacidade de avaliar. 2) **Investir no programa de**
540 **acreditação de operadoras e de prestadores de serviços** com vistas a buscar
541 condições de operação do setor que permitam um processo mais transparente e
542 consolidado de avaliação, diminuindo, assim, a assimetria de informações. Nesse

543 contexto, destacou o papel do TISS e do processo de garantias financeiras na melhoria
544 contínua de funcionamento do setor que poderiam ser trazidas para esse processo de
545 acreditação. 3) **Aprimorar os atores que militam no setor**, em especial aprofundar as
546 relações formais com o sistema brasileiro de defesa do consumidor e com o sistema
547 brasileiro de defesa da concorrência, de modo a contribuir para a melhor operação
548 desses órgãos e da própria Agência. Explicou que a idéia era estabelecer parcerias
549 visando a potencial capilaridade da estrutura desses órgãos, ao mesmo tempo em que a
550 Agência poderia tornar-se importante instrumentador do próprio sistema. 4)
551 **Desenvolver a relação público-privado e discutir o papel que a agência**
552 **reguladora pode cumprir nesse processo**. Mencionou que o assunto fez parte da
553 agenda de 22 pontos colocada pelo Ministro da Saúde em seu discurso de posse, quando
554 foi proposta a construção de uma agenda dessa relação entre a Agência e o Ministério da
555 Saúde. Chamou a atenção para o fato que o setor de saúde suplementar atende a cerca
556 de 23% da população brasileira, percentual que em algumas localidades chega a perto de
557 70%, razão pela qual ele não poderia ser desconsiderado no contexto do planejamento
558 ou da própria ação do gestor público no país. Contou que várias ações já haviam sido
559 desenvolvidas no âmbito da relação público-privado, salientando que os grandes desafios
560 assistenciais podiam ser enfrentados dentro de uma ótica mais agregadora. Nessa linha,
561 observou que os gastos do setor privado de saúde com o setor público deveriam ser
562 percebidos pelos gestores públicos sob uma perspectiva de soma e não de competição.
563 5) **Implantar uma política pública de incorporação tecnológica**. Contou que
564 haviam sido obtidos alguns avanços junto ao Ministério da Saúde e ANVISA, o que
565 possibilitou melhor relação entre as instituições e a própria concepção de algumas
566 políticas. Comentou que essa discussão evidenciava também a atuação do judiciário no
567 processo, trazendo para um juiz a tomada de decisão que caberia a entidades médicas
568 ou a gestores públicos, de normatizar minimamente o processo de incorporação
569 tecnológica no país. Revelou que a meta era aprofundar, junto à Associação Médica
570 Brasileira, a discussão das diretrizes e parâmetros de boas práticas na atenção à saúde,
571 a serem levados ao conhecimento da sociedade. 6) **Aprimorar os mecanismos de**
572 **concorrência do setor**, desafio que passa por aspectos como constituição de reservas e
573 capacidade financeira, conhecimento de sua carteira, informações aos beneficiários, e
574 aprimoramento da qualificação por meio de processos avaliativos. 7) **Enfrentar os**
575 **fluxos emperrados da agência reguladora**, mediante esforço institucional de
576 informação e formação dos recursos humanos. Mencionou como exemplos de processos

577 cuja tramitação dentro da ANS vinha demorando muito além do necessário:
578 ressarcimento, doenças existentes, registro de operadoras, registro de produtos,
579 processos pendentes na Procuradoria, fiscalização de operadoras, descrição de empresas
580 no CADIN, entre outros. Reconheceu que a Agência possuía ainda um desempenho
581 aquém do necessário para lidar com o dinamismo apresentado pelo setor, apesar das
582 melhoras alcançadas, sendo que os gargalos existentes eram muitas vezes construídos
583 pelo processo administrativo ou por questões outras como a falta de recursos humanos
584 apropriados, vivenciada por todas as agências reguladoras. Dr. Fausto concluiu sua
585 apresentação frisando que várias outras questões não haviam sido contempladas em sua
586 fala, as quais continuariam a ser trabalhadas pela Agência. Na seqüência, abriu a palavra
587 para que os presentes, a partir de seu posicionamento dentro do setor, apresentassem
588 sugestões e críticas sobre as questões centrais a serem enfrentadas no próximo período.
589 Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, cumprimentou o Dr. Fausto pela recondução ao lado
590 de toda a diretoria colegiada. Falou de sua esperança e convicção de que todo o trabalho
591 até então desenvolvido ganharia seqüência e progressividade. Classificou de tranqüilo o
592 clima vivido na CSS, atribuindo tal fato ao modo como os pontos divergentes vinham
593 sendo administrados pela diretoria da Agência. Reconheceu que houvera uma evolução
594 em relação à posição do médico dentro de sua atividade e remuneração ainda que fosse
595 necessário ir além. Comentou sobre a sua satisfação em ver que certas proposições
596 feitas pela AMB haviam sido adotadas, a exemplo da organização de formulários para a
597 racionalização do tempo do profissional e dos prestados, assim como a unificação da
598 tabela de procedimentos e a elaboração de boas práticas para a incorporação de novas
599 tecnologias. Contou que a Câmara Técnica da AMB vinha avançando em relação à
600 discussão sobre incorporação tecnológica e colocou a experiência acumulada no referido
601 fórum à disposição da ANS, ressaltando a urgência em aprofundar a discussão sobre o
602 tema. Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da FENASEG, declarou que a entidade
603 apoiava todos os pontos colocados pelo Dr. Fausto por serem importantes e recorrentes.
604 Fez uma ressalva com relação à participação do empresário, ator geralmente esquecido
605 em meio a consumidor, prestador e operador, ao mesmo tempo em que destacou a
606 tensão vivenciada pelo empresário como parte do compromisso de oferecer benefícios
607 aos clientes e os custos decorrentes dessa assistência para os seus funcionários. Citou
608 como exemplo, benefícios de aposentados e demitidos, sugerindo que essa questão fosse
609 também incluída na pauta dos temas a serem trabalhados na segunda gestão do Dr.
610 Fausto. Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon**, da UNIODONTO, expressou congratulações

611 ao Dr. Fausto pelo novo mandato na ANS e pelo trabalho realizado na gestão anterior.
612 Fazendo alusão à metáfora de futebol utilizada pelo Dr. Fábio Fassini, da ANS, disse que
613 o time estava ganhando e indo muito bem. Comentou sobre a sua expectativa de que,
614 em face da sensibilidade demonstrada pela diretoria da Agência, a reivindicação para
615 prorrogação do prazo do TISS fosse atendida. Dr^a Selma do Amaral, do PROCON SP,
616 manifestou apoio a todos os desafios levantados e assinalou duas questões. A primeira,
617 referia-se ao processo de criação de parâmetros para boas práticas na área de saúde,
618 aspecto que ela classificou de importantíssimo como orientação para o consumidor e
619 também para a defesa do consumidor. Considerou que a construção do consumo
620 adequado com saúde era um processo complexo em razão do uso desvirtuado dos
621 serviços de saúde e das distorções resultantes dessa prática. Revelou que o PROCON SP
622 havia iniciado trabalho com a DIFIS/ANS com vistas a elaboração de um protocolo de
623 ação conjunta no que tange à eficiência da fiscalização, pois reconhecia que essa era a
624 função da Agência era a de normalização. Dessa perspectiva, evidenciou as iniciativas
625 voltadas para a melhoria da informação, de criação de garantias financeiras, as quais
626 pareciam inalcançáveis entre dez e 15 anos atrás. A segunda questão apontada pela
627 representante do PROCON SP foi o descompasso ainda existente entre os valores dos
628 planos de saúde e os benefícios oferecidos aos contratantes. Concluindo desejou votos de
629 felicidades ao diretor-presidente da ANS na nova gestão. Dr. **Sérgio Augusto Werneck**
630 **de Almeida**, do PROCON SJC. Cumprimentou Dr. Fausto e a diretoria e declarou que a
631 tranquilidade observada na CSS era reflexo da forma de atuação do diretor. Endossou os
632 pontos abordados pela Dr^a Selma e sugeriu que, em relação à incorporação tecnológica,
633 fosse incluída a construção de uma política pública específica a fim de nortear esse
634 processo. Falou de sua satisfação em ouvir Dr. Fausto mencionar a possibilidade de
635 portabilidade, de modo que o consumidor exerça o direito de livre escolha, como
636 estímulo à livre concorrência do mercado. Chamou a atenção para o avanço em larga
637 escala da comercialização de plano coletivo, solicitando que o tema fosse também
638 incluído na pauta da nova gestão. Referindo-se a frase dita do Dr. Fausto em sua fala –
639 “um órgão regulador tem que melhorar a sua capacidade de avaliação” – afirmou que a
640 ANS deveria avaliar essencialmente o que estava por detrás da crescente comercialização
641 de planos coletivos, lembrando o significado da expressão “saúde para todos”. Dr^a **Vera**
642 **Lúcia de Vita**, da AFB, em complementação à fala dos dois representantes do PROCON,
643 ressaltou que o direito de liberdade de escolha não era concedido à pessoa idosa, uma
644 vez que se esta desejasse trocar de plano precisaria cumprir uma carência de dois anos.

645 Mencionou ainda que existia uma lei no Senado havia algum tempo com objetivo de
646 modificar tal situação e contou sobre o lançamento de livreto do IDEC sobre os direitos
647 do consumidor de planos de saúde. Dr. **Eduardo Sales**, da DIFIS/ANS, destacou que, ao
648 longo dos anos, a ANS havia estreitado, de maneira objetiva e transparente, um canal de
649 relacionamento com as operadoras e que isso precisava também ser feito em relação ao
650 Sistema Nacional de Proteção e Defesa do Consumidor (SNPDC). Comentou que, apesar
651 dos interesses serem naturalmente divergentes, era papel da Agência buscar um
652 equilíbrio nas relações, o que vinha sendo trabalhado mediante a parceria com o
653 governo, com o objetivo de “educar para o consumo”. Nessa linha, citou a criação de
654 grupo de unificação de entendimentos, no âmbito da DIFIS, cujo desdobramento seria o
655 estabelecimento de súmula de entendimento, com vistas a trazer maior clareza de
656 interpretação e aplicação da norma. Revelou que a ANS estava buscando ainda uma
657 parceria de conteúdo com o SNPDC, no sentido de ouvir esse sistema para avaliar o
658 outro lado da questão e enfrentar, assim, a assimetria de informações. Observou que tal
659 articulação com o sistema de defesa do consumidor iria qualificar a atuação de todos os
660 atores envolvidos, conferindo resultados positivos na redução do custo para operadoras e
661 maior qualidade do serviço prestado aos beneficiários, usuários e consumidores.
662 **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, Dr. **Fausto dos Santos** agradeceu a
663 presença de todos e, desejando-lhes um ano de trabalho profícuo, encerrou a sessão.

664 Agência Nacional de Saúde Suplementar

665 Ministério da Fazenda

666 Associação Médica Brasileira – AMB

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

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

669 Confederação Nacional da Indústria – CNI

- 670 Confederação Nacional do Comércio - CNC
- 671 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 672 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN
- 673 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 674 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 675 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 676 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – AFB
- 677 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 678 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 679 Fundação PROCON - São Paulo
- 680 Fundação PROCON - São José dos Campos
- 681 Segmento de Autogestão da Assistência à Saúde - UNIDAS