

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

ABERTURA – Às dez horas do dia vinte e três de agosto do ano de dois mil e sete, no Auditório “Carlyle Guerra de Macedo”, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS-OMS), situada no Setor de Embaixadas Norte, lote 17, na cidade de Brasília, Distrito Federal. Iniciou-se a Quadragésima Sétima Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **José Leôncio Feitosa**, Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dr. **Alfredo Scaff**, Diretor-adjunto da Diretoria de Gestão (DIGES/ANS); Dr^a. **Maria Ângela Scatena**, da Gerência de Padronização de Informação (GGSUS/DIDES/ANS); Dr^a **Martha Regina de Oliveira**, da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos (GGTAP/DIPRO/ANS); Dr^a **Maria Éster Veras Nascimento**, do Ministério da Previdência Social; Dr. **Luiz Roberto Tenório**, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Dr. **Aloísio Tibiriçá Miranda**, do Conselho Federal de Medicina; Dr. **Benício Paiva Mesquita**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr. **Luís Plínio Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **Fernando Henrique Costa Roxo da Fonseca**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Dr^a. **Sylvia Regina Trindade Yano**, da Confederação Nacional da Indústria (CNI); Dr.

30 **Adriano Matheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC); Dr.
31 **José Sousa da Silva**, da Força Sindical; Dr. **Márcio Serôa Coriolano** e Dr.
32 **Marco Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de
33 Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da
34 UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de**
35 **Almeida**, do SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **José Cláudio**
36 **Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde
37 Suplementar; **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pelas Cooperativas
38 de Serviços Odontológicos; Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da
39 Defesa do Consumidor, PROCON/SJC; Dr^a **Hilma Araújo dos Santos**, da Defesa
40 do Consumidor, PROCON/SP; Dr. **Luiz Francisco Belém da Costa**, da FARBRA,
41 pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais; Dr^a **Maria**
42 **Inês Dolci**, da PRO TESTE, e Dr^a **Marta Maria Gomes Lins**, da ADUSEPS, pelas
43 Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde. Dr.
44 **Fausto dos Santos** abriu a 47^a Reunião da CSS agradecendo aos presentes e,
45 em seguida, anunciou as alterações na representação de entidades na CSS: a)
46 **Ministério da Saúde** – Dr João Gabbardo dos Reis (titular); b) **Ministério da**
47 **Justiça** – Dr. Diego Faleck (suplente); **Ministério da Previdência Social** – Dr^a
48 Maria Estér Veras Nascimento (titular) e Dr. Eduardo Menezes Meireles
49 (suplente); **CMB** – Dr. Fernando Henrique Costa Roxo da Fonseca (suplente);
50 **CFM** – Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda (titular) e Dr. Álvaro Luiz Salgado Pinto
51 (suplente); **AMB** – Dr. Amílcar Martins Giron (titular) e Dr. Florisval Meinão
52 (suplente); e **CONASEMS** – Dr. Luiz Roberto Tenório (suplente). Na seqüência,
53 justificou as ausências do Dr. Eduardo Sales, que se encontrava em São Paulo,
54 participando de reunião com as centrais sindicais, como parte da política da ANS
55 de intensificar a aproximação com todos os setores atuantes na saúde
56 suplementar. Acrescentou que o Dr. Alfredo Cardoso havia sido indicado pelo
57 Presidente da República para recondução ao cargo, bem como o Dr Hésio
58 Cordeiro, que fora igualmente indicado para compor a diretoria colegiada, haviam
59 sido sabatinados na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, na semana

60

60 anterior, e estavam aguardando a votação em plenário para posterior nomeação
61 pelo Presidente. Prosseguindo colocou em votação a ata da 46ª Reunião,
62 informando que as alterações e observações sugeridas pelos representantes do
63 Ministério da Fazenda, da FBH e da UNIDAS haviam sido acatadas. Como
64 nenhuma outra alteração foi feita, Dr. Fausto declarou aprovada a ata.
65 **INFORMES** – Dr Fausto comunicou que estava nas pastas entregues aos
66 presentes um exemplar de publicação sobre a Décima Terceira Conferência
67 Nacional de Saúde, convocada para o período de 14 a 18 de novembro, em
68 Brasília. Aduziu que um conjunto de informações sobre a estrutura e a
69 organização do encontro estava disponível no *site* do Ministério da Saúde, ao
70 mesmo tempo em que destacou a importância da participação de cada setor por
71 meio de suas entidades, nos eventos que já vinham ocorrendo nos estados e
72 municípios, que culminariam na Conferência Nacional. Como segundo informe,
73 Dr. Fausto anunciou a publicação das RN 159 e 160, que tratam das novas
74 garantias financeiras, prazos e formas de provisão dessas garantias, enfatizando
75 que a partir dessa edição as autogestões que estavam submetidas à RDC 71
76 passariam a ter o mesmo prazo para realizar as provisões dado a outras
77 empresas desde 2001. Dessa forma, ponderou que o prazo das autogestões é
78 cumulativo, pois, num primeiro momento, elas teriam que cumprir o que o setor
79 já havia cumprido e, numa segunda etapa, cumprir o previsto na RN 160. O
80 terceiro informe dado pelo diretor-presidente da ANS foi a atualização do balanço
81 da autorização de funcionamento: naquele momento havia 1.136 operadoras em
82 análise da autorização, 38 empresas em direção fiscal ou técnica, 108 em
83 processo de cancelamento compulsório, 105 em processo de cancelamento a
84 pedido da operadora, 161 com endereços inválidos, o que implicava toda a rotina
85 de publicação de edital que eventualmente resultaria no cancelamento. Dr. Fausto
86 acrescentou que 292 operadoras já haviam recebido o respectivo registro e 203
87 haviam recebido autorização de funcionamento, ou seja, registro de operadoras e
88 de produtos. Dessa forma, concluiu que o cadastro de operadoras da ANS
89 contava, no total, com 2.043 empresas; contudo, ponderou que o processo
90

90 encontrava em ritmo mais lento do que o desejado pela Agência, pois o número
91 de operadoras em análise dependia da qualidade das informações apresentadas
92 pelas empresas assim como da situação econômico financeira dessas empresas.
93 Com isso, ocorria uma troca muito intensa de comunicados entre a ANS e as
94 empresas para elaboração e informação de pendências sem falar na demora de
95 envio de respostas tanto por parte da Agência quanto por parte das operadoras, o
96 que acabava por resultar em vencimento de certidões. Destacou, no entanto, que
97 dentre as 1.136 empresas sob análise, um número expressivo já havia cumprido
98 em grande parte os requisitos, apesar de ainda existir pendências, e que a
99 expectativa era que, até o final de 2007, a Agência tivesse um desenho definitivo
100 da situação das empresas que atuavam no setor. Antes de dar seguimento à
101 pauta da reunião, Dr Fausto agradeceu ao Dr Diego, representante da OPAS, pela
102 cessão do espaço e pela habitual disposição da OPAS em colaborar com a ANS.
103 Antes de passar ao primeiro ponto de pauta, Dr Fausto anunciou que, no início
104 daquela semana, havia sido colocada uma outra consulta pública sobre doenças e
105 lesões pré-existentes, com prazo menor que a do rol de procedimentos, e
106 ressaltou a importância da participação dos órgãos de defesa do consumidor e
107 das empresas atuantes no setor. Salientou que essa nova consulta pública
108 buscava trazer, para os usuários, mais transparência e melhores informações;
109 para as empresas, uma melhor compreensão do beneficiário que adere ao plano
110 e, para a Agência, mais agilidade a respostas sobre eventuais questionamentos,
111 seja por parte do beneficiário, seja pela operadora. Para falar sobre o primeiro
112 ponto da pauta, Dr Fausto passou a palavra à Dr^a Martha Regina de Oliveira,
113 Gerente Geral Técnico-Assistencial de Produtos (GGTAP/DIPRO). **ITEM I –**
114 **REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE –** Dr^a
115 **Martha Regina** cumprimentou os presentes e destacou que a revisão do rol
116 ainda se encontrava em consulta pública, que fora prorrogada até o dia 6 de
117 setembro. Declarou que a consulta representava um instrumento para avaliação
118 da proposta de revisão do rol, razão pela qual a Agência vinha realizando uma
119 divulgação maciça da consulta bem como agendando reuniões com os atores que

120 desejavam apresentar sugestões e observações. Ajuntou que as contribuições
121 estavam sendo processadas e que o panorama ainda era parcial. Explicou que,
122 conforme o artigo quarto da lei 9.961, cabia à ANS elaborar o rol de
123 procedimentos a serem garantidos pelos planos de saúde na cobertura das
124 doenças listadas no CID (Classificação Internacional de Doenças). Contou que o
125 primeiro rol havia sido estabelecido em 1998, por meio da CONSU 10, tendo sido
126 revisado por meio da RDC 41, em 2000, e pela RDC 67, em 2001; frisou que o rol
127 que se encontrava vigente fora estabelecido em outubro de 2004, por meio da RN
128 82. Relatou que a revisão atual do rol foi estruturada em três etapas: i)
129 estabelecimento de diretrizes; ii) avaliação técnica das propostas de alteração
130 pela equipe da GGTAP/DIPRO e GEAT/DIDES; e, iii) consulta pública. Ressaltou
131 que as diretrizes elaboradas visavam garantir a qualidade da assistência e o
132 aprimoramento da regulação não somente naquele processo de revisão mas
133 também em revisões futuras. Disse que a proposta colocada em consulta pública
134 era resultado de uma avaliação técnica das propostas que a Agência recebera de
135 diferentes atores desde a última revisão e que para o estabelecimento das
136 diretrizes fora criado um grupo técnico formado por representantes do Conselho
137 Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), FENASEG,
138 UNIDAS, ABRAMGE, UNIMED Brasil, PRO TESTE São Paulo e PROCON São Paulo e
139 São José dos Campos. A partir das discussões produzidas no âmbito desse grupo
140 técnico foram estabelecidos os seguintes objetivos da revisão: i) reorganização da
141 tabela, orientada por uma lógica de cobertura em vez de remuneração; ii)
142 inclusão de tecnologias com evidências de segurança, eficácia, efetividade e
143 eficiência, bem como exclusão de procedimentos obsoletos ou insuficientes de
144 validação, a partir dos princípios da medicina baseada em evidências; iii)
145 estabelecimento de diretrizes de utilização para determinados procedimentos; iv)
146 avaliação do impacto econômico financeiro das novas inclusões; v) garantia de
147 cobertura e ações de promoção e prevenção; vi) adequação da cobertura às
148 políticas do Ministério da Saúde, como Saúde da Mulher e Planejamento Familiar;
149 vii) inclusão das ações dos diversos profissionais envolvidos no cuidado em

150

saúde, constituindo um rol de ações em saúde; viii) correção de erros e distorções da RN 82/2004; e, ix) adequação à nomenclatura empregada em tabelas de uso corrente (CBHPM). Na sequência, a gerente Martha comentou sobre alguns exemplos de alterações no novo rol de procedimentos em relação a adequações de nomenclatura; as inclusões de novos procedimentos no que se refere à cobertura (laqueadura tubária e vasectomia) e a incorporação de tecnologias (tratamento cirúrgico da epilepsia e genotipagem do HIV); as inclusões das ações de outros profissionais de saúde das áreas de nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicoterapia; e as exclusões de procedimentos - como eritograma e contagem de plaquetas - assim como de procedimentos para cuja realização não existe equipamento/material registrado na ANVISA, a exemplo da identificação do antígeno 24 – HIV. Em relação à quantidade total de alterações, Dr^a Martha relatou que enquanto o rol da RN 82 cobria 3.015 procedimentos, a nova proposta abrangia 2.670 procedimentos dos quais 1.175 haviam permanecido iguais. Ressaltou que apesar do número de procedimentos abrangidos ter diminuído, a cobertura havia aumentado, em razão dos desmembramentos, unificações e adequações de nomenclatura. Acrescentou que haviam sido elaboradas diretrizes de utilização para 16 procedimentos, com base no seu alto custo; na possibilidade de sua má utilização ou conforme a existência de legislação ou normalização específica. Alguns exemplos: análise molecular de DNA para doenças genéticas; cirurgia bariátrica; genotipagem para hepatite C e HIV; inibidor dos fatores da hemostasia; e vasectomia, entre outros. No que se refere à situação da consulta pública para revisão do rol de procedimentos, Martha Regina comentou que o período inicial previsto foi de 15 de junho a 15 de julho, sendo que houve uma primeira prorrogação para 15 de agosto, e depois para 6 de setembro. Anunciou que as solicitações mais recorrentes diziam respeito à inclusão de *PET_Scan*, tomografia *multi slice*, parto e consulta com enfermeiras obstetras e mamotomia, sendo que este último procedimento já estava incluso na nova proposta de revisão do rol. Acrescentou que as adequações mais sugeridas estavam relacionadas ao aumento do número

180 de consultas com psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Prosseguindo
181 contou que, até aquele momento a ANS havia recebido 2.301 correspondências,
182 sendo 314 por meio dos correios e 1.983 por meio eletrônico. Salientou que,
183 dentre as correspondências postadas, o maior número estava representado pelas
184 UNIMEDs, associações de especialistas, sociedades de especialidades médicas,
185 conselhos profissionais e órgãos de defesa do consumidor. No que se refere às
186 correspondências eletrônicas, destacou a participação de beneficiários (1.037) e
187 de sociedades de especialidades (470) e revelou que, dentre os três arquivos
188 colocados sob consulta pública (“minuta da RN”, “rol de procedimentos” e
189 “diretrizes de utilização”), a ANS havia recebido 882 participações com
190 comentários sobre “minuta de RN”, 989 sobre “rol de procedimentos”, 28 sobre
191 “diretrizes de utilização” e 84 sobre “exposição de motivos”. Na análise por setor
192 demandante, apontou que as principais demandas de operadoras haviam sido: a)
193 “minuta de RN” - preocupação quanto à ampliação de cobertura e sua
194 correspondência com os repasses de custos; b) “exposição de motivos” - não
195 concordância com a inclusão de fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e
196 outros profissionais; e, c) “diretrizes de utilização” - manutenção da cobertura de
197 cirurgia refrativa em grau igual ou superior a sete. Dentre as demandas
198 apresentadas pelos prestadores de serviços de saúde, Martha Regina ressaltou o
199 que segue: a) “minuta de RN” – adequação do termo “quimioterápico” para
200 “antineoplásico” nos casos de tratamentos oncológicos e expressão quanto a falta
201 de indicação da responsabilidade das ações/procedimentos listados; e, b) “rol de
202 procedimentos” – inclusão dos procedimentos de vídeo para cirurgia torácica, de
203 PET/CT com flúor 18-FDG aplicados à oncologia e de consulta de enfermagem. No
204 que tange às demandas apresentadas por laboratórios: a) “minuta de RN” –
205 adequação da nomenclatura do novo rol para “Rol de Ações em Saúde e Serviços
206 Auxiliares” e de “medicina laboratorial” para “procedimentos laboratoriais”; b) “rol
207 de procedimentos” – substituição da redação de “procedimento
208 anatomopatológico em neoplasias malignas, incluindo verificação de margens
209 cirúrgicas, exame de estruturas vizinhas e de linfonodos (cadeia ganglionar ou

210

linfonodo sentinela)" para "procedimento anatomopatológico para estudo de margens cirúrgicas, exame de estruturas vizinhas e de linfonodos (cadeia ganglionar) de peças anatômicas simples ou complexas". As demandas apresentadas pelas sociedades de especialidades médicas e de alguns outros conselhos foram: a) "minuta de RN" - revisão e alteração do artigo 7º, por ir de encontro aos artigos 10 e 12 da Lei 9656/98, que estabelece que os procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde desde que, devidamente habilitado pelo seu Conselho de Classe para a realização do procedimento; e, b) "rol de procedimentos" – inclusão de angiotomografia das coronárias com múltiplos detectores ("*multi slice*") e de procedimentos de vídeo para cirurgia torácica, ampliação da cobertura de análise molecular do DNA para todas as doenças genéticas, bem como aconselhamento genético para essas doenças, padronização de nomenclatura de procedimentos com a CBHPM e inclusão de exames constantes da CBHPM e não contemplados no rol de ações em saúde. Dentre as demandas apresentadas por cidadãos, a gerente da DIPRO destacou: a) "minuta de RN" - preocupação quanto à ampliação de cobertura e o correspondente repasse de custos para as contra-prestações; b) "exposição de motivos" - expressão de concordância com a inclusão de fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais não médicos; e, c) "rol de procedimentos" - inclusão de mamotomia e ampliação do número de consultas com nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos. Martha Regina salientou ainda que os procedimentos mais comentados na consulta pública haviam sido os exames de anatomia patológica (83 correspondências), a mamotomia (62 correspondências) e as consultas de enfermagem (36 correspondências). Quanto aos encaminhamentos a ser realizados pela Agência, Dr^a Martha comentou que a equipe aguardaria o encerramento do prazo final para proceder à conclusão da análise das demandas e do respectivo impacto. Contou que a equipe vinha se reunindo periodicamente com representantes de operadoras, conselhos, sociedades para analisar e procurar entender as solicitações e buscar atendê-las na medida do possível. Afirmou que tão logo todas as contribuições fossem compiladas, o Grupo Técnico representativo das

241 diversas entidades seria convocado para finalizar a discussão das propostas e
242 formular a proposta final a ser encaminhada à Diretoria Colegiada para aprovação
243 e posterior publicação do novo rol. A gerente da DIPRO anunciou que, antes de
244 finalizar a sua apresentação, desejava esclarecer as diferenças existentes entre o
245 rol de procedimentos e o COPISS, em razão das constantes dúvidas observadas
246 pela equipe técnica durante as reuniões com os mais diversos atores. Na
247 seqüência, apresentou resumo elaborado pela Agência que também se encontra
248 na *homepage*: “O *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS* constitui a
249 referência mínima dos procedimentos que devem ser cobertos pelas operadoras
250 nos planos regulamentados, devendo o seu descumprimento ser punido, com
251 sanções e infrações, pela Diretoria de Fiscalização da ANS. O Rol, revisado
252 periodicamente, com a avaliação científica da eficácia e segurança dos novos
253 procedimentos a serem incorporados, não tem qualquer relação com forma de
254 pagamento ou precificação, sendo uma tabela de cobertura obrigatória, para os
255 fins do disposto na Lei 9656/98. A elaboração do *Rol de Procedimentos e Eventos*
256 *em Saúde* é uma atribuição legal da ANS, definida no Artigo 4º da Lei 9.961, de
257 2000. A proposta para o novo *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde*
258 encontra-se em consulta pública. O Rol, na sua nova versão, a ser publicada após
259 o término da consulta pública, continuará a ser a listagem de procedimentos
260 obrigatórios a serem cobertos pelas operadoras, sob a fiscalização da ANS.
261 O COPISS tem por finalidade promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento
262 do padrão TISS (Troca Informações na Saúde Suplementar), Resolução
263 Normativa nº 153, de 2007. Uma das ações do COPISS é a padronização de
264 nomenclaturas, que inclui a confecção de uma tabela com todos os
265 procedimentos que possam ser realizados no mercado, tenham eles cobertura
266 obrigatória ou não.” Dr. **Fausto dos Santos** retomou a palavra para abrir o
267 debate. Dr. **Márcio Serôa Araújo Coriolano**, da FENASEG, cumprimentou os
268 presentes e parabenizou o Dr. Fausto pela recondução ao cargo e expressou o
269 desejo de que ele fizesse igualmente uma excelente administração como a
270 anterior, pautada pela ponderação e pelo equilíbrio. Em seguida, comentou sobre
271

271 a criação de entidade sucessora da FENASEG, a FENASAÚDE, que vinha
272 promovendo discussões sobre o rol cujo resultado seria encaminhado para a ANS
273 dentro do prazo estabelecido. Disse que achava prematuro trazer para a Câmara
274 todas as questões que vinham sendo debatidas no âmbito da entidade, mas que
275 desejava destacar alguns aspectos. Um deles era que, para além da simples
276 revisão do rol, a essência da discussão implicava a mudança do próprio modelo
277 assistencial da saúde suplementar. Argumentou que quando a discussão sobre a
278 ampliação de coberturas, a exemplo de fonoaudiologia, psicologia, nutrição,
279 implicava também a discussão sobre o cuidado integral multiprofissional, tendo
280 em vista o disposto em lei quanto à prevenção e promoção da saúde. Comentou
281 sobre a incorporação de novas tecnologias e corroborou a posição da Dr^a Martha
282 de que a discussão do modelo nessa incorporação não passa simplesmente pelas
283 pressões do mercado mas pela análise criteriosa daquilo que é salutar e
284 necessário para o sistema. Chamou a atenção para o fato de que, ao contrário do
285 orçamento público para saúde, o orçamento privado não possuía limite no volume
286 de recursos, uma vez que todos os beneficiários tinham acesso ao rol de
287 procedimentos estabelecidos em lei. Contudo, quando esse teto de equilíbrio era
288 ultrapassado, a diferença era financiada pelo próprio sistema. Dessa forma,
289 ponderou que como o modelo de assistência em saúde suplementar ainda não
290 estava sedimentado, uma excessiva ampliação do rol poderia aprofundar ainda
291 mais as dificuldades existentes. Ressaltou que as coberturas previstas no rol
292 haviam incorporado novas técnicas e que muitas delas eram consolidações e
293 unificações de procedimentos já cobertos até aquela data. Falou que o processo
294 de discussão da proposta de mudança do modelo assistencial mencionado pela
295 Dr^a Martha não ocorrera de forma tão sistematizada de modo a possibilitar o
296 aprofundamento do debate, a testagem das evidências científicas ou o acesso às
297 avaliações econômico financeiras colocadas pela gerente. Em seguida, referiu-se
298 a uma orientação feita, em agosto de 2002, pela atual Secretária Executiva da
299 ANS, Dr^a Leda Lúcia, então na função de Gerente-Geral de Assistência e
300 Produtos, por ocasião dos trabalhos da Câmara Técnica de Assuntos Médicos, a
301

301 qual leu em plenário: “Pondero sobre a importância da evolução tecnológica, mas
302 que não é isenta de riscos e sobre a discussão ser para a inclusão ou exclusão de
303 procedimentos em um rol de cobertura mínima obrigatória em todo o território
304 nacional, friso, em todo o território nacional e que por isso era necessário o
305 estabelecimento de um processo para revisão do rol de procedimentos, que fosse
306 sistematizado baseado em evidências científicas através de um conjunto de
307 critérios que possibilitem fazer uma verificação do impacto assistencial pelas
308 propostas que forem feitas no cuidado da saúde, não se podendo esquecer que
309 também é necessário ter uma análise econômica e que tem que ter eficácia, pois
310 existe o risco de uso inadequado de procedimentos que sejam unificassem e que
311 sejam custosos e que não tem resposta adequada.” Afirmou que a definição feita
312 pela Dr^a Leda ajudava a organizar as idéias que ele, como representante da
313 FENASAÚDE, acabara de colocar. Comentou aspectos da fala da Dr^a Martha sobre
314 custo efetividade, custo benefício e as evidências científicas para destacar a
315 necessidade de uma discussão mais “parruda”, sob uma perspectiva mais
316 ampliada, acerca dos limites e possibilidades do modelo assistencial de saúde
317 suplementar, sobre como trabalhar a integralidade e a universalidade no contexto
318 desses limites e possibilidades. Destacou a necessidade de se aclarar o custo
319 efetividade da nova cobertura bem como o seu impacto econômico e como as
320 empresas poderiam suportá-lo, aduzindo que as empresas estavam no limite das
321 possibilidades de arcarem com os custos para seus colaboradores, do ponto de
322 vista da saúde suplementar. Nessa linha, sugeriu que o projeto de diretrizes da
323 AMB fosse utilizado como um norte para a discussão. Chamou igualmente a
324 atenção para o fato de que não se conseguia avançar na vinculação do rol a todos
325 os contratos celebrados dentro da vigência da lei, o que contrariava os princípios
326 mais elementares do conhecimento atuarial. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO,
327 informou que o Dr. Antônio Alarcon tivera um problema de atraso no voo e,
328 portanto, não conseguiria chegar para participar da reunião. Prosseguindo
329 defendeu que a nova proposta não era somente uma revisão de rol, mas de ações
330 em saúde, e alegou que a Agência não teria a atribuição de elaborar políticas e
331

331 diretrizes de atenção à saúde, como consta da proposta, posto que a Lei de nº
332 9.656 determina que essa competência é do CONSU. Expressou sua concordância
333 com os pontos levantados pelo Dr. Márcio Coriolano, argumentando que é preciso
334 conhecer os números da Agência em termos de custo efetividade e de impacto
335 econômico para confrontá-los com os números obtidos pelos atuários das
336 empresas e identificar eventuais necessidades de revisão das contraprestações.
337 Disse que seria perigosa a unificação de procedimentos, já que, ao nomear
338 apenas o gênero, quaisquer procedimentos que surgissem dentro desse gênero
339 poderiam ser exigidos pelos usuários. Salientou que o parecer da Procuradoria
340 quanto à limitação de cobertura para alguns procedimentos (nutricionista,
341 fonoaudiologia, etc) não prevalecia perante o Poder Judiciário: se faz parte do rol,
342 não há limitação. Lembrou que a UNIODONTO havia solicitado, por ofício, um
343 esclarecimento à Agência quanto ao aspecto econômico da revisão do rol, e se
344 havia estudo a respeito do impacto das novas coberturas e também que
345 constasse da norma, no caso, a RN 154, uma cláusula referente à não
346 possibilidade de aplicação do rol para contratos celebrados em data anterior à sua
347 edição. Contou que ficara sabendo de parecer da PROGE/ANS sobre a
348 obrigatoriedade de aplicação do rol vigente na data do evento e não aquele
349 vigente na data da contratação, e pediu que cópia desse parecer fosse
350 encaminhada formalmente a UNIODONTO. Dr. **Aloísio Tibiriçá**, do CFM, saudou
351 o Dr Fausto desejando-lhe rápida recuperação. Em seguida, comentou sobre os
352 conflitos de interesse envolvidos no setor de saúde suplementar, cujo debate
353 resultou na lei 9656/98, que baliza situações como a cobertura, a utilização do
354 CID-10 como parâmetro de doenças. Frisou que o debate sobre o rol estava,
355 portanto, inserido no debate maior, iniciado em 1998. Declarou que os médicos
356 haviam sido muitas vezes prejudicados no jogo de interesses, não só pelas
357 operadoras, mas também pela própria ANS, quando essa, dois anos antes, havia
358 retirado do rol cerca de 800 procedimentos constantes da CBHPM. Elogiou o
359 espaço da Câmara como tribuna de debate para a busca de entendimento, em
360 face dos conflitos de interesses, e reafirmou que a atuação da representação dos
361 médicos estava balizada pela defesa do parâmetro ético nas relações que

362 ocorrem no campo da saúde complementar. Considerou que alguns procedimentos,
363 com ou sem evidências científicas, eram constantemente avaliados pelas
364 sociedades de especialidades, pela AMB, avalizados pelo CFM e até adotados pelo
365 SUS. Dessa forma, argumentou que o balizamento das evidências estava
366 colocado nos procedimentos já aceitos e adotados, grande parte dos quais eram
367 adotados pelo SUS. No que se refere à minuta de RN, criticou a redação do artigo
368 segundo, no trecho que incluía como diretrizes “a integralidade das ações
369 respeitando a segmentação contratada, incorporação de ações de promoção da
370 saúde e prevenção de riscos e doenças”. Alegou que isso favorecia a diminuição
371 de custo de operadoras. Além disso, criticou também a diretriz de estímulo ao
372 parto normal, chamando a atenção para a impossibilidade de um grande número
373 de médicos em conciliar os horários ao longo de sua jornada de trabalho com a
374 necessidade de estar à disposição da parturiente, no caso de parto natural.
375 Acrescentou que no SUS, esse impasse era mais facilmente solucionado, pois no
376 caso de o parto ocorrer fora do expediente do médico, um plantonista era
377 destacado para realizar o procedimento. Em relação ao uso da epidemiologia para
378 monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde, alertou que era
379 proibido por lei colocar CID em papel e revelar nome com doença. No que se
380 refere às 16 diretrizes de utilização constantes da consulta pública, mostrou-se
381 preocupado com o fato de haver diretrizes para se utilizar procedimentos e
382 ponderou sobre a questão ética ante a possibilidade de o paciente, após a
383 consulta e solicitação de exame pelo médico que o atendeu, ter que passar por
384 pessoas ou alguma outra instância, na qual a sua patologia fosse exposta
385 inadequadamente. Como último aspecto, Dr Aloísio falou sobre o artigo sétimo,
386 que amplia os procedimentos dentro do rol para outras profissões, frisando que
387 fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas já vinham atuando no sistema.
388 Ressaltou, contudo, quanto à impossibilidade de atuação autônoma dos
389 enfermeiros em consultórios, que era proibida por lei. Acrescentou que já se
390 observava um grande conflito entre os conselhos de classe na ausência de
391 definição legal do ato médico em função do que lhes é permitido, ou não, realizar.
392 Dr. Aloísio disse que a justiça vinha deliberando em algumas situações, mas que

393 essa questão tinha que ser dirimida e colocada em outros termos. Dr^a **Marília**
394 **Ehl Barbosa**, da UNIDAS, elogiou o resumo feito pelo Dr. Márcio Coriolano sobre
395 os problemas que as empresas vinham vivenciando e, em complementação a
396 esses comentários, falou sobre a sua preocupação com a perspectiva de
397 transformar políticas de governo em rol mínimo de cobertura na saúde
398 suplementar. Argumentou que a mudança da lógica assistencial deve ser
399 incentivada e estimulada, mas não necessariamente se tornar uma
400 obrigatoriedade a ser cumprida na cobertura mínima dos programas assistenciais.
401 Mesmo reconhecendo que a prevenção de doenças e a promoção da saúde não
402 visavam apenas à redução de custos, mas também à melhoria das condições de
403 saúde da população, tinha uma preocupação grande com o investimento que as
404 empresas teriam que assumir com a atualização do rol. Nesse particular,
405 acrescentou ainda que tinha dúvidas se havia uma real redução de custos ou uma
406 melhor distribuição dos gastos. Com relação às discussões no grupo técnico,
407 criado para que todos os segmentos pudessem debater as atualizações no rol,
408 ponderou que não eram tão aprofundadas, a julgar pelo grande número de
409 contribuições e críticas recebidas das filiadas da Unidas para o assunto. Revelou
410 que estava tentando consolidar todas as propostas para marcar uma reunião e
411 discutir de forma mais detalhada com a Dr^a Martha. Com relação ao custo
412 efetividade dos novos procedimentos e dos respectivos benefícios para o
413 tratamento do paciente, a representante da UNIDAS comentou que, segundo a
414 análise técnica das entidades de autogestão, ficara constatado que alguns desses
415 novos procedimentos não traziam efetividade no tratamento do paciente.
416 Ressaltou ainda que nessa mesma análise identificou-se a possibilidade de um
417 impacto financeiro de difícil incorporação pelas operadoras com a atualização do
418 rol. Dessa forma, reafirmou a necessidade de uma discussão mais aprofundada
419 sobre o cálculo do impacto financeiro, especialmente porque as autogestões
420 patrocinadas já teriam que cumprir uma exigência de grande impacto, devido à
421 obrigatoriedade de constituição das garantias financeiras. Dr^a Marília alertou
422 também para a definição de prazo para que as empresas se adaptem a nova
423 cobertura do rol, em razão da necessidade de avaliações atuariais e posterior

424 incorporação aos orçamentos das operadoras. Reafirmou que a UNIDAS iria
425 marcar uma reunião para discutir tecnicamente com a ANS, mas defendeu a
426 realização de uma discussão maior e técnica com as operadoras para avaliar
427 todas as novas incorporações. Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED,
428 justificou a ausência do Dr Celso de Barros, que se encontrava em um evento na
429 Paraíba, e disse que também iria complementar alguns aspectos já comentados
430 pelas pessoas que lhe antecederam. Relembrou as edições anteriores do rol e
431 afirmou que já estava na hora de ser efetivamente definido o que acontece cada
432 vez que o rol é atualizado. Mostrou-se preocupado com o fato de a Agência
433 apresentar uma proposta sem um maior detalhamento do seu significado em
434 termos de contra prestação pecuniária. Contou que este era o principal ponto das
435 observações feitas pelas UNIMEDs e enviadas a ANS. Chamou também a atenção
436 para as disposições do artigo sétimo, pois elas se chocavam com as
437 determinações da legislação em vigor, que ao falar em “contratados”,
438 “credenciados”, “cooperados”, exclui qualquer margem para a realização de
439 credenciamento universal. Alertou que se isso prevalecesse, seria preciso revogar
440 a RN 71, que trata da contratualização de profissionais, e talvez da RN 153, do
441 TISS, uma vez que seria impossível manter a padronização obrigatória se
442 qualquer profissional pode atender o usuário. Além disso, salientou que, ao
443 determinar que o credenciamento é universal, a ANS acaba chamando para si a
444 co-responsabilidade no caso de qualquer falha da assistência, a exemplo do erro
445 médico. Em termos jurídicos, disse que se tratava de responsabilidade *in iligendo*
446 ou *in vigilando*. Dr. José Cláudio finalizou seus comentários, declarando que a
447 UNIMED do Brasil iria apresentar suas propostas bem como as de suas afiliadas,
448 de forma consolidada, até o final do prazo da consulta pública. Dr. **Arlindo de**
449 **Almeida**, do SINAMGE, pediu desculpas pelo atraso, decorrente de nevoeiro no
450 aeroporto em São Paulo, e destacou o trabalho intenso dos técnicos do SINAMGE
451 na análise da minuta de RN. Reiterou os comentários feitos anteriormente pelo
452 Dr. Márcio Coriolano e pelo Dr. José Cláudio, quanto aos aspectos jurídicos.
453 Relatou que a análise do SINAMGE considerara o problema sob três aspectos: i)
454 jurídico - com destaque para o problema da retroatividade, uma vez que não há a

455 possibilidade de fazer com que os outros contratos assumissem as novas
456 incorporações; ii) técnico científico ou operacional – ausência de estudo mais
457 apurado das condições técnicas do que estava sendo proposto; e iii) econômico
458 financeiras – análise de impacto dos custos dos procedimentos propostos e do
459 número de vezes da frequência desses procedimentos. Nesse particular, Dr.
460 Arlindo revelou que o estudo considerara os 20 procedimentos cujo valor
461 correspondia a cerca de 80% dos custos e que o custo correspondente a 18
462 desses procedimentos foi bastante elevado. Dr. Arlindo frisou que era impossível
463 considerar o impacto dessas incorporações, uma vez que o estava prevista a
464 ampliação da cobertura e a inclusão de entidades para médicas em todas as
465 áreas. Tendo em vista esses aspectos, o representante do SINAMGE disse que o
466 assunto deveria ser melhor discutido com técnicos e operadoras, a fim de se
467 verificar a consistência dos dados do estudo feito pela entidade, que ele ficou de
468 apresentar na posteriormente, bem como a consistência dos dados da ANS a
469 respeito dos custos. Ressaltou ainda preocupação com o cronograma de
470 implantação do novo rol, com a forma de inclusão dos novos custos nos cálculos
471 atuariais e com a incorporação dos novos procedimentos a contratos antigos e os
472 encargos decorrentes, o que poderia levar a um tipo de segmentação. Declarou
473 que não havia o interesse em se ter a revisão de uma norma técnica para
474 aumentar custos, uma vez que as empresas vinham perdendo muitos usuários
475 devido a transferência de custos para eles, com exceção da área de odontologia.
476 Concluiu afirmando que a adoção de princípios utilizados pelo SUS, como a
477 integralidade e a universalidade, eram muito difíceis de ser aplicados à saúde
478 suplementar. Dr. **Sérgio Augusto Werneck**, do PROCON São José dos Campos,
479 justificou o seu atraso em razão de atraso no voo e desejou pronto
480 restabelecimento ao Dr. Fausto. Comparou a ampliação do rol de procedimentos a
481 uma espécie de cabo-de-guerra, pois cada um dos envolvidos queria levar a
482 corda para o seu lado e que a responsabilidade da ANS era evitar que a corda se
483 rompesse. Considerou que a ampliação podia impor custos, mas que era
484 importante lembrar que se tratava de “planos de saúde” e não “planos de
485 doença”. Por esta razão, não se poderia pensar em deixar de lado as inovações

486 que comprovadamente tragam benefícios para o atendimento à saúde, pois o
487 sistema de saúde suplementar faz parte do Sistema Único de Saúde, ou seja, ele
488 existe para complementar aquilo que o Estado presta. Lembrou que a Dr^a Martha
489 mencionara um estudo acerca do impacto financeiro para o estabelecimento do
490 rol de procedimentos e destacou a responsabilidade da Agência em gerir todo o
491 processo com equilíbrio e transparência, tanto para o consumidor quanto para a
492 operadora e para os prestadores. Destacou, no entanto, que quando um
493 consumidor contrata um plano de saúde ele espera ter assistência à sua saúde e
494 não somente a algumas doenças. Dr^a **Hilma Araújo**, do PROCON São Paulo,
495 salientou que o rol constituía um conjunto de procedimentos como referência de
496 cobertura, ou seja, a cobertura não estava limitada ao rol, embora o PROCON SP
497 já tivesse recebido inúmeras reclamações contra operadoras que negavam
498 procedimentos baseados no rol. Lembrou que a lei 9656/98 determina que todas
499 as doenças devem ser cobertas e que os planos são segmentados, frisando que o
500 novo rol não trazia novidades sobre isso. Relatou que o PROCON SP havia
501 participado da consulta e apontado alguns aspectos. Um deles foi a necessidade
502 de se estabelecer um prazo para a atualização do novo rol. Outro ponto apontado
503 pelo órgão foi a continuidade da limitação de cobertura para alguns
504 procedimentos, a exemplo de cirurgia refrativa e de alguns procedimentos nas
505 áreas de nutrição e fonoaudiologia. Ressaltou que o profissional deveria ter a
506 liberdade de avaliar o procedimento mais adequado para o restabelecimento da
507 saúde de seu paciente e que isso não poderia ser estabelecido por meio de
508 legislação. Dr. **Fausto dos Santos** passou a palavra à Dr^a Martha para as
509 últimas considerações. A gerente da DIDES reafirmou que o rol era ainda uma
510 proposta, em processo de discussão, e que o que fora apresentado não
511 representava a consolidação final das contribuições decorrentes da consulta
512 pública. Salientou que, no que tange ao fluxo do rol, a intenção da Agência ao
513 elaborar as diretrizes visava a balizar as futuras revisões, e que, inclusive estava
514 sendo estudada a possibilidade de demarcar prazos para essas revisões.
515 Acrescentou que, tão logo fosse possível, a Agência divulgaria como seriam feitas
516 as futuras revisões, a avaliação da tecnologia, enfim como seria estabelecido o

517 fluxo de todo o processo. Em relação aos comentários sobre o artigo sétimo,
518 afirmou que algumas interpretações estavam equivocadas e reiterou que a ANS
519 não possuía a atribuição legal para dizer quem pode ou não realizar determinado
520 procedimento, e que as instituições responsáveis por esse tipo de
521 regulamentação são os conselhos de classe. Dr^a Martha também reiterou que
522 todas as contribuições recebidas pela Agência estavam sendo analisadas,
523 independente de seu encaminhamento ter sido feito de forma avulsa, ou
524 mediante consolidação em documento único, enviado por entidades de classe ou
525 associações de operadoras. No que se refere à avaliação do impacto, disse que
526 não era possível finalizá-la sem a conclusão do processo de revisão do rol.
527 Quanto à questão levantada pela Dr^a Marília Ehl, da UNIDAS, relativa ao prazo
528 para adaptação da cobertura, Dr^a Martha comentou que nenhuma contribuição
529 havia sido feita sobre o assunto até aquela data e estimulou que isso fosse feito.
530 No que concerne a custo-efetividade, destacou que, desde a última publicação do
531 rol, realizada em 2004, vinha sendo feita a análise do custo-efetividade de todos
532 os procedimentos, ao mesmo tempo em que solicitou a quem tivesse algo a
533 acrescentar sobre o tema, que enviasse para a ANS, pois até o momento não
534 havia evidência em contrário. Quanto à adoção do termo “diretrizes de
535 utilização”, esclareceu que o intuito fora delimitar a maneira como o
536 procedimento pode ser realizado, a fim de se evitar a sua má utilização.
537 Acrescentou que a elaboração de diretrizes clínicas demandaria um trabalho em
538 conjunto com várias entidades, em especial a AMB. Como exemplos, citou a
539 ligadura tubária em mulheres e homens de vinte anos que ainda não tiveram
540 filhos; vasectomia; e análise de DNA. Chamou a atenção para o fato de que a
541 denominação do rol foi estabelecida na lei 9961 e que a preocupação da ANS na
542 distribuição dos procedimentos é abranger todo o território nacional, explicando
543 que, por esse motivo, procedimentos como o PET Scan, que não está distribuído
544 em todo o país, não foram incluídos. Lembrou que, caso algum outro
545 procedimento não tivesse semelhante distribuição, a Agência precisava ser
546 informada a respeito, pois as contribuições de todos seriam consolidadas e
547 passariam pelo critério de avaliação do processo como um todo. Reiterou que o

548 papel da agência reguladora era congregar as contribuições de todos os atores e
549 ter um critério claro para avaliá-las em relação a promoção, prevenção de
550 doenças e reabilitação da saúde dos beneficiários. Dr. **Fausto dos Santos**
551 retomou a palavra para comentar que a discussão da revisão do rol era muito
552 maior do que a minuta de Resolução, que eventualmente entrara em consulta
553 pública e possuía uma concepção de política de saúde e de organização de
554 atenção à saúde que perpassa toda essa discussão. Falou sobre a sua satisfação
555 em realizar aquele debate e em trazer elementos novos para a reflexão dos
556 diversos atores que militavam no setor. Referindo-se à fala do Dr. Márcio
557 Coriolano, afirmou que o foco do debate ainda não era a mudança do modelo
558 assistencial apesar de vários aspectos envolvidos na revisão do rol apontarem
559 nessa direção. Comentou que ainda existia uma dificuldade em ver o momento
560 seguinte do funcionamento do setor, para além dos sinais de esgotamento de
561 práticas que até então haviam sido profícuas. Disse que aquele era um momento
562 de transição razão pela qual a Agência não propusera uma mudança mais
563 profunda e radical, do ponto de vista da conformação de um rol de ações em
564 saúde. No que se refere à proposta do novo rol, destacou que a introdução de
565 novos profissionais de saúde não fora definida pela ANS mas constituía prática
566 recorrente em todo o setor saúde. Dessa forma, ressaltou que a intenção da
567 Agência era incluir esses profissionais no processo de atenção à saúde de forma
568 regulada, também credenciados ou contratados pelas empresas. Acrescentou que
569 se o texto da minuta de RN dava a idéia de que o credenciamento desses
570 profissionais seria universalizado, ele estava equivocado e precisava ser ajustado.
571 No que se refere à retroatividade, esclareceu que era entendimento da ANS,
572 devidamente respaldado pela sua Procuradoria Geral, que a lei lhe permitia ao
573 atualizar o rol, estender essa atualização para todos os beneficiários com planos
574 de saúde contratados a partir de primeiro de janeiro de 1999. Frisou que os
575 estudos econômicos haviam sido e continuavam a ser feitos e que nenhum
576 procedimento fora incluído na proposta de revisão sem a devida avaliação de
577 custo efetividade e de impacto econômico. Quanto a eventuais problemas,
578 declarou que no universo de 2.600 procedimentos era possível que algum tivesse

579 não apresentasse custo efetividade do ponto de vista dos estudos feitos pela
580 ABRAMGE ou por sociedades médicas, e, portanto, diferentes dos estudos da
581 ANS. Dr. Fausto disse que isso deveria ser ajustado, de modo que a ANS pudesse
582 corrigir eventuais erros. No que se refere à unificação de procedimentos,
583 comentou que era uma discussão antiga e que vários dos presentes já haviam
584 participado dela em anos anteriores. Ponderou que os resultados alcançados
585 podiam ser considerados pequenos, comedidos, de modo a se trazer uma melhor
586 caracterização dos procedimentos descritos no rol. Acrescentou que, em relação a
587 alguns procedimentos, a exemplo da ressonância, era preciso ainda refinar a
588 descrição da cobertura a fim de não implicar a preocupação levantada pelo Dr.
589 Egberto. Com relação à distribuição geográfica, observou que se a Agência
590 considerasse apenas como procedimento de cobertura obrigatória aquele
591 existente em todo território nacional, nada seria coberto. Prosseguiu afirmando
592 que, nessa linha de raciocínio, o rol não poderia existir pois havia muitas cidades
593 no país que não dispunham de médico e eventualmente um paciente do interior
594 de Sergipe não teria direito à cirurgia cardiovascular ou a transplante renal. No
595 caso das questões de diagnose, Dr. Fausto disse que era preciso ter mais cautela,
596 pois existiam controvérsias em relação ao custo efetividade de alguns exames, a
597 exemplo do PET SCAN. Esclareceu que o rol de procedimentos e a CBHPM eram
598 coisas diferentes, de modo que, apesar dos vários pontos de convergência, a
599 Agência não podia incorporar a CBHPM ao rol. Nesse contexto, afirmou que a
600 discussão em torno da questão geográfica estava balizada pelo direito de acesso
601 das pessoas aos procedimentos e ao custo efetividade desses procedimentos no
602 atendimento dos beneficiários. Declarou que a Agência procuraria considerar a
603 distribuição espacial na implementação das novas questões do rol ao longo de
604 algum período, bem como refazer alguns estudos econômicos ou mesmo de custo
605 efetividade, na medida em que contribuições nesse sentido fossem encaminhadas
606 à Agência, de maneira que o rol pudesse contemplar, da forma mais equilibrada
607 possível, sugestões dos atores atuantes no setor. Reafirmou a convicção da
608 Agência de que a proposta de revisão do rol colocada sob consulta pública não
609 era uma aventura, mas a consolidação de várias práticas que já vinham sendo

610 realizadas pela grande maioria do setor e que, se algumas empresas ainda não
611 estavam fazendo, elas é que estavam no desvio. Com relação à incorporação das
612 políticas do Ministério da Saúde ao setor de saúde suplementar, disse que a
613 Agência não pretendia universalizar o sistema privado mas somente trazer
614 aspectos positivos das políticas destinadas à população em geral para dentro do
615 setor. Concluindo, Dr Fausto reiterou que o trabalho realizado estava pautado por
616 critérios extremamente técnicos e aproveitou a oportunidade para elogiar a
617 equipe que havia conduzido o processo e consolidado as contribuições
618 encaminhadas ao órgão. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, pediu a palavra
619 para comentar que, apesar da clareza colocada pelo Dr. Fausto, não estava ainda
620 convencido de que o novo rol não traria grandes terremotos ao setor. Reconheceu
621 que a condução dos trabalhos estava muito boa, mas reiterou a sugestão para a
622 realização de um debate mais sistematizado e com o conjunto de representantes
623 de todos os setores, em vez de discussões por setor. Dr. **José Cláudio Oliveira**,
624 da UNIMED, disse que se sentia mais tranquilo com as colocações do Dr Fausto
625 não só em relação à redação do artigo sétimo da minuta de RN mas, também,
626 pela colocação do Presidente da ANS no sentido de que a Agência não cometerá
627 nenhuma aventura em relação a esta matéria e, principalmente pela seriedade
628 demonstrada pelo Dr. Fausto em suas ações. Dr. **Fausto** declarou que a sugestão
629 do Dr. Márcio Coriolano estava anotada e que após a conclusão da consulta
630 pública e a sistematização inicial das contribuições, seriam definidos os prazos
631 para a continuidade do processamento e discussão. Após desejar ao Dr Fausto
632 um pronto restabelecimento, a Dr^a **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, falou que a
633 prorrogação da consulta pública iria dar condições melhores de avaliar os
634 documentos sob o ponto de vista do consumidor, e que a PRO TESTE
635 encaminharia as suas contribuições antes do encerramento do prazo. Lembrou
636 que os pontos discutidos ali na CSS refletiam os aspectos que começaram a ser
637 discutidos cerca de dez anos antes. Razão pela qual cada setor deveria olhar de
638 forma muito positiva pois o consumidor estaria recebendo um rol atualizado de
639 procedimentos, podendo, assim, ter mais condições de compreender melhor os
640 seus direitos e, por conseguinte, as empresas teriam menos ações judiciais.

641 **ITEM II – SITUAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO TISS – Dr. José Leôncio**
642 **Feitosa**, Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS), fez uma comparação
643 entre as dificuldades havidas no processo de implantação das campanhas de
644 vacinação no Brasil, iniciado nos anos 30 e 40 do século passado, e a implantação
645 do TISS, iniciada em 2004. Destacou que a imunização havia se tornado um
646 programa de reconhecimento internacional e que a experiência do TISS, ao longo
647 de três anos, dada a ampla discussão promovida, já se colocava como um modelo
648 de implantação de padrão de troca em saúde suplementar, o que estava
649 evidenciado nos freqüentes e numerosos convites que a Agência vinha recebendo
650 para participação em congressos internacionais de sociedades de tecnologia em
651 saúde e em fóruns de saúde suplementar. Dr. Leôncio agradeceu a participação
652 de todos os integrantes do COPISS, colegiado que vinha se configurando como
653 espaço democrático e de discussão técnica em nível bastante elevado.
654 Corroborando a fala do Dr. Fausto, frisou que a função da Agência naqueles
655 últimos anos havia sido de uma sensatez cabal e visível, marcada pelo cuidado na
656 preservação dos direitos do usuário, pelo cuidado na relação dos prestadores com
657 as operadoras e pelo cuidado em estabelecer condições para a sobrevivência
658 daquelas operadoras que possuísem padrão de qualidade e cumprissem seus
659 contratos. Em seguida, passou a palavra para a Dr^a **Maria Ângela Scatena**, da
660 Gerência de Padronização de Informação (GGSUS/DIDES/ANS), declarou que a
661 intenção da apresentação era trazer um resumo da situação da implantação do
662 TISS, ao longo dos últimos três meses, e a avaliação da equipe da ANS.
663 Ressaltou que a construção do padrão era um processo de constante adequação
664 de modo a acompanhar a velocidade de desenvolvimento do setor de saúde
665 suplementar. Dessa forma, frisou que a padronização do TISS decorria da
666 “necessidade da troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços
667 de saúde, visando à melhoria na qualidade de vida do atendimento,
668 racionalização dos custos administrativos de operadoras e prestadores e
669 otimização dos recursos existentes.” Explicou que a padronização do TISS estava
670 calcada em três pilares importantes que são os identificadores unívocos dos três
671 atores envolvidos ou mais proximamente envolvidos – operadoras, beneficiários e

672 prestadores de serviços. Além disso, a transmissão dos dados foi planejada para
673 ocorrer de forma eletrônica, por meio da linguagem XML, o que permitiu redução
674 dos custos ao utilizar os sistemas que operadores e prestadores já possuíam.
675 Para facilitar a adoção do TISS a Agência criou dois aplicativos – o TISSNET e o
676 APLICATISS, que podem ser acessados de forma gratuita pelas empresas. Dr^a
677 Maria Ângela comentou que o objetivo de todas essas mudanças era alcançar a
678 integração dos sistemas nacionais de saúde. Como aspectos positivos, enumerou:
679 a) convergência resultante da criação do COPISS na padronização de guias e
680 formulários; b) uniformização da linguagem entre atores; c) discussão sobre os
681 processos (autorização, faturamento, uso das informações clínicas) repercutindo
682 sobre a padronização; d) maior integração com o sistema público; e) estímulo ao
683 uso de tecnologia da informação em saúde com padrões similares aos utilizados
684 em nível internacional; e, f) redução da assimetria da informação em saúde
685 suplementar, tanto na relação regulador-regulado, quanto na relação prestador-
686 operadora e destes com o beneficiário. Dr^a Ângela salientou que no decorrer do
687 processo de implantação houve convergências com estudos e levantamentos
688 realizados por outras instituições. Nesse contexto, apontou o trabalho
689 desenvolvido pelo Comitê Técnico do Conselho Federal de Medicina em relação à
690 colocação da CID; o estudo elaborado pela AMB para utilização da CBHPM na
691 construção de uma tabela de procedimentos médicos para o setor de saúde
692 suplementar; a realização de reuniões com os conselhos dos demais profissionais
693 de saúde com vistas a efetuar o levantamento de tabelas de terminologia de
694 procedimentos, tendo em vista a necessidade de padronizá-los; a aproximação
695 com a ANVISA na integração dos sistemas de informação; discussão com a
696 Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e com a Sociedade Brasileira de
697 Informática em Saúde no sentido de adoção do ISO TC 215. Na sequência, Dr^a
698 Ângela apontou os principais desafios a serem enfrentados, salientando que eles
699 vinham perpassando as discussões ocorridas no âmbito do COPISS e nos demais
700 fóruns dos quais a Agência participava: a) padronização de antigos problemas
701 observados no mercado, a exemplo da CID, glosas, demonstrativos e atrasos nos
702 pagamentos de prestadores por parte das operadoras; b) necessidade de maior

703 intermediação da ANS na qualificação do diálogo entre operadoras e prestadoras;
704 necessidade de ampliação de investimentos em tecnologia da informação no setor
705 de saúde suplementar, com vistas a incrementar sua gestão e conhecimento; c)
706 redução das incompreensões de profissionais de informática acerca da RN 153, de
707 28 de maio de 2007, que trata da padronização de procedimentos para a adoção
708 da linguagem de transmissão de dados adotada pelo TISS; e, d) acompanhar o
709 impacto real da implantação do padrão TISS. Como problemas ainda pendentes
710 nessa implantação, Ângela Scatena destacou: i) a definição de responsabilidades
711 de prestadores e operadoras no fornecimento e impressão de guias, incluindo a
712 logística de distribuição; ii) a exigência de inclusão da CID para consultas e
713 exames, o que vinha gerando reclamações por parte de laboratórios pela demora
714 nas respectivas autorizações e pelas dificuldades de contatos entre estes e as
715 operadoras com a intermediação das empresas de conectividade; iii)
716 acompanhamento mais intenso das modificações ocorridas na padronização de
717 campos obrigatórios e opcionais; iv) necessidade de sensibilização de operadoras
718 para a distribuição de formulários em papel destinados ao colhimento da
719 assinatura do paciente, para fins de auditoria. Dr^a Ângela ressaltou que, para a
720 solução desses problemas, a Agência vinha efetuando providências, a exemplo do
721 envio de ofícios a cerca de 100 operadoras (apontadas sistematicamente no
722 COPISS pela não distribuição de guias) as quais em sua grande maioria
723 responderam positivamente quanto à implantação do procedimento. Acrescentou
724 que os temas levantados pela equipe técnica eram também discutidos no COPISS
725 e que, de um modo geral, as operadoras e prestadores vinham tentando corrigir
726 as situações identificadas. Citou ainda como preocupação da equipe técnica o
727 aperfeiçoamento do *hotsite* do TISS, por meio de sua constante atualização, a fim
728 de reduzir entendimentos equivocados quanto aos procedimentos de
729 padronização. A gerente da DIDES anunciou também que fora criado um fórum
730 (<http://forum.datasus.gov.br>) para discussão das dificuldades e relatos de
731 experiências dos diversos atores envolvidos na implantação do TISS, incluindo
732 técnicos de informática. Dando continuidade à sua apresentação, a gerente
733 chamou a atenção para um ponto de dissenso no âmbito do COPISS. Explicou que

734 um segmento do setor que participara ativamente da construção do padrão havia
735 solicitado ao Comitê a revisão do sistema de tráfego das informações, tendo em
736 vista que a atual situação da estrutura eletrônica dificultava o controle do
737 faturamento. Esclareceu que havia sido realizada reunião sobre comunicação e
738 segurança para se discutir uma solução mais criativa, mas que a decisão fora pela
739 manutenção da forma atual de tráfego, pois a alternativa de considerar duas
740 estruturas distintas para faturamento eletrônico dificultaria a implantação para
741 prestadores. Dr^a Ângela prosseguiu salientando que as guias do TISS foram
742 elaboradas com base nas informações já trocadas no mercado e que a definição
743 de campos obrigatórios e opcionais havia sido determinada em função dos
744 sistemas de informação então utilizados por operadoras e por prestadoras. Citou
745 como exemplo, a guia de consulta médica, com 39 campos dos quais 16 eram
746 obrigatórios; no entanto, como sete dentre esses 16 podiam ser pré-impresos,
747 os nove restantes eram de efetiva obrigatoriedade, os quais abrangiam três
748 campos para identificação do paciente. Comentou que a idéia inicial era que ao
749 digitar o número da carteira do paciente, os dados relativos à sua identificação
750 aparecessem no sistema, mas que isso ainda não era possível. No tocante ao
751 andamento da padronização da representação de conceitos, Ângela Scatena
752 enumerou a formação de vários grupos para padronização e representação dos
753 conceitos, em especial o grupo da odontologia - que ainda estava na fase de
754 implantação - com ajustes em formulários, manuais e nas tabelas de domínio.
755 Contou que também estavam sendo realizados estudos de nomenclatura para
756 classificação e registro de produtos, bem como um trabalho de consolidação das
757 tabelas de terminologia utilizadas no mercado, conduzido pelo grupo de
758 terminologia do COPISS que começara a se articular com os conselhos
759 profissionais a fim de efetivar um levantamento prévio das tabelas então
760 utilizadas por esses conselhos. Quanto à revisão do padrão de comunicação de
761 segurança da linguagem XML, a Ângela Scatena relatou que, apesar da decisão
762 de não mexer na estrutura deste, pequenas adequações vinham sendo efetuadas,
763 a fim de otimizar o funcionamento dos fluxos de troca. Acrescentou que a Agência
764 deveria fazer publicar dali a alguns dias orientações sobre como efetuar as trocas

765 de maneira mais rápida. Ainda no âmbito da revisão do padrão de comunicação e
766 segurança, a gerente contou que o comitê estava avaliando e realizando as
767 adequações necessárias no tocante à odontologia, bem como realizando
768 discussões sobre questões relativas a segurança e sigilo, certificação digital e
769 aprimoramento do TISSNET, incluindo a atualização de seu *hotsite*. O tópico
770 seguinte da apresentação foi a avaliação da implantação do padrão no mercado.
771 Dr^a Ângela falou que apesar dos problemas, o processo estava em franco
772 andamento, pois os atores envolvidos acabavam por falar sobre o padrão TISS.
773 Apontou o COPISS como uma espécie de sentinela do processo ao dar espaço
774 para relatos do que vinha ocorrendo no mercado, e destacou também o *hotsite*
775 do TISS e o *site* do Fórum, na página do Datasus. Em seguida, Ângela
776 apresentou alguns dados de pesquisa realizada pelo Sindicato de Hospitais de São
777 Paulo: de um universo de 44 hospitais, 100% dos hospitais conheciam o TISS;
778 61% se consideravam bem informados a respeito do TISS; 36% mais ou menos
779 informados; e, somente 2% estavam mal informados sobre o assunto. A
780 pesquisa mostrou também que, em relação à preparação do hospital para a
781 implantação, 82% dos hospitais entrevistados se declararam preparados para a
782 implantação do TISS. No que se refere a qual a razão para melhora ou piora das
783 relações e quais os aspectos positivos e negativos do TISS, 64% dos hospitais
784 apontaram como aspectos positivos a padronização dos formulários, a maior
785 velocidade na informação e a qualidade e segurança das informações. Como
786 aspectos negativos, foram apontados o aumento da quantidade de glosas e os
787 atrasos na consultas devido ao preenchimento dos formulários e guias. Dentre os
788 próximos passos do processo de implantação, Ângela destacou: i) a avaliação do
789 impacto, que será realizada mediante coleta de informação sobre a implantação
790 do padrão TISS (prevista na RN 153), a partir do contato com as operadoras por
791 intermédio do *site* da ANS; ii) a realização de levantamento, por meio de
792 consultoria externa, sobre os retornos dos investimentos feitos pelas empresas
793 para a implantação do padrão; iii) análise das informações obtidas nesse
794 levantamento; iv) delineamento de um plano de ação a partir dessa análise de
795 ROI - *Return on Investment*; v) revisão dos formulários em papel, considerando a

796 possibilidade de se acabar com o conceito de campos opcionais; vi) implantação
797 da odontologia, a partir de maio de 2008, com o padrão de conteúdo e estrutura,
798 e, em novembro do mesmo ano, com o padrão de comunicação eletrônica; vii)
799 revisão das guias e do manual de conteúdo e estrutura e das tabelas de domínio.
800 Dr^a Ângela agradeceu a atenção e mostrou-se interessada em ouvir os
801 comentários dos presentes, salientando que o período de implantação terminaria
802 no mês de setembro e que já havia atividades novas para iniciar. Dr. **Fausto**
803 **dos Santos** retomou a palavra para agradecer à Dr^a Ângela e anunciar a
804 presença do Dr. Franklin Rubinstein, médico psiquiatra que estava trabalhando na
805 ANS, havia cerca de mês e meio, na função de ouvidor. Contou que o Dr. Franklin
806 atuara na ANVISA, inicialmente como ouvidor e depois como diretor, e brincou
807 que, a partir daquela data, as críticas sobre a atuação da ANS podiam ser feitas
808 diretamente a ele. Em seguida, passou a palavra ao Dr. **Aloísio Tibiriçá**, do CFM,
809 que comentou a proximidade do encerramento do prazo para adequação das
810 operadoras à RN 153, destacando a importância desse período de transição, em
811 especial para as operadoras, apesar de algumas delas terem sido contrárias à
812 solicitação para prorrogação do prazo, que terminaria três meses antes. Lembrou
813 que houvera posição contrária à solicitação de prorrogação feita pelo CFM e pela
814 UNIODONTO até no COPISS. Declarou que a classe médica era a favor da
815 implantação do TISS, mas que havia necessidade de esclarecimento quanto a
816 alguns aspectos nesse processo, a exemplo da distribuição das guias do TISS,
817 que no entendimento dos médicos era atribuição das operadoras. Nessa linha,
818 salientou que a busca de entendimento entre os atores envolvidos nesse processo
819 - prestadores, usuários e operadoras - precisava dar mais alguns passos. Na
820 relação entre prestadores, como pessoa física, com as operadoras vinha sendo
821 marcada por um conflito latente, tanto no campo ético quanto de remuneração, o
822 que trazia prejuízos para todos, incluindo os usuários. Dessa forma, defendeu um
823 melhor estabelecimento dos canais de comunicação entre operadoras e
824 prestadores por meio das suas entidades e chamou a atenção para o papel da
825 ANS nesse contexto, que segundo o representante do CFM havia sendo deixado
826 meio de lado. Ressaltou que o tripé - prestadores, usuários e operadoras –

827 precisava estar bem assentado, de modo que a relação prestador-operadora
828 deveria ter uma atenção mais especial por parte da Agência, sobretudo no que se
829 refere à remuneração. Como proposta para melhorar esse entendimento, Dr.
830 Aloísio sugeriu que fosse dado aos médicos um extrato mensal com os valores
831 pagos pelas operadoras, o facilitaria o controle por ambos os lados. No que se
832 refere à padronização, comentou que enquanto houvesse campos opcionais, ela
833 não existiria, e acrescentou que as demandas do CFM já haviam sido
834 encaminhadas à ANS. Na seqüência, falou sobre a inclusão da CID e mencionou o
835 empenho do CFM e da AMB em chamar a atenção para os aspectos ético e legal
836 envolvidos na questão. Dessa perspectiva, criticou a posição da ANS que,
837 enquanto órgão normativo do Governo Federal, deveria cobrar o cumprimento
838 das leis no âmbito de suas atribuições como a CID e o disposto no artigo quinto,
839 inciso dez, código penal, código civil, que estabelece o direito do paciente à
840 preservação do sigilo pelo médico da sua doença. Dessa perspectiva, contou o
841 caso de uma operadora que estava exigindo do paciente, antes da realização do
842 procedimento, uma pré-autorização para a revelação do prontuário médico e do
843 CID. Contou que o CFM havia encaminhado oficialmente a denúncia a ANS e que
844 também havia tomado outras providências, sugerindo que os representantes das
845 operadoras fizessem o mesmo. Concluiu sugerindo ainda à Dr^a Ângela que fosse
846 criado um espaço, na página da ANS, para a comunicação dos membros do
847 COPISS com a Agência. Dr. **José Carlos de Souza Abrahão**, da CNS, afirmou
848 que a Confederação vinha olhando com bastante carinho e objetividade para o
849 projeto do TISS, mas frisou a necessidade de se ter alguns cuidados. Nessa linha,
850 apontou a importância da participação dos representantes das instituições,
851 titulares e suplentes, no acompanhamento sistemático dos debates da CSS.
852 Referindo-se à pesquisa realizada pelo SINDHOSP, comentou que o universo de
853 44 unidades pertencentes ao município de São Paulo era limitado em relação a
854 aspectos existentes nos sete mil hospitais de todo o Brasil, bem como os 160 mil
855 estabelecimentos de serviços de saúde existentes nos 5.500 municípios. Falou de
856 sua crença no sucesso de projeto, mas objetou que as coisas não estavam
857 correndo “às mil maravilhas”. Afirmou que tinha conversado com o Dr. Plínio, da

858 FBH, sobre a necessidade de se elucidar dúvidas quanto ao preenchimento pois
859 estava ocorrendo a devolução de determinadas contas. Declarou que a pesquisa
860 fora uma preocupação do Sindicato e da federação de Hospitais de São Paulo,
861 ainda que com um universo de apenas 44 hospitais, sendo que alguns deles tiveram
862 medo de dar informação. Lamentou que esse tipo de situação ainda ocorresse na relação
863 prestador-operadora, apesar dos muitos avanços observados e propôs ao Dr. Leôncio a
864 flexibilização do processo, no que se refere aos investimentos e período de implantação,
865 de modo que os sete mil hospitais e 160 mil estabelecimentos de serviços de saúde
866 pudessem aderir à nova relação de troca de informações prestador-operadora. Dr.
867 **Benício Paiva Mesquita**, do CFO, parabenizou a Dr^a Ângela pelo cuidado e harmonia na
868 condução do TISS e ressaltou o papel desse projeto na aproximação dos segmentos que
869 antes dificilmente se sentariam numa mesma mesa para conversar. Dessa forma, os
870 antagonismos de idéias passaram a ser discutidos em busca de pontos de consenso.
871 Comentou que se sentia falta da presença do usuário dentro do COPISS e destacou a
872 satisfação do CFO em participar do Comitê. Contou que a entidade está empenhada,
873 junto com a ABO, FIO e FIPE, na discussão de uma tabela padrão, e que como a
874 odontologia somente será implantada em maio do próximo ano, a participação nas
875 discussões do COPISS vinha se constituindo em excelente oportunidade de aprendizado
876 para a CFO a partir da experiência das demais entidades, em especial as da área médica.
877 Finalizando agradeceu em nome do CFO e reiterou o apoio ao TISS. Dr. **José Cláudio**
878 **Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, congratulou-se com a Dr^a Ângela e com o Dr. Leôncio
879 pela coordenação do trabalho e destacou a inevitabilidade da substituição do papel pelo
880 meio eletrônico. Lembrou, contudo, que tal mudança requer um tempo para a necessária
881 adaptação. Dessa forma, endossou a proposta de flexibilização feita pelo Dr. **José Carlos**
882 **Abrahão**, da CNS, em razão de algumas dificuldades enfrentadas por hospitais, e, ao
883 mesmo tempo solicitou que a ANS intercedesse junto ao TCU no sentido de que o órgão
884 passe a aceitar o padrão TISS para efeito de comprovação de despesas efetuadas no
885 âmbito de contratos entre operadoras e órgãos públicos. Explicou que, caso contrário, as
886 empresas continuariam a ter que exigir dos prestadores o documento em papel para
887 poder receber o pagamento pelo serviço prestado. Dr^a **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE,
888 ressaltou que as entidades de defesa do consumidor não haviam tido a oportunidade de
889 participar do COPISS, ao mesmo tempo em que parabenizou a ANS pelo TISS. Ponderou
890 que, se por um lado, o TISS trazia o benefício da unificação de guias, por outro, havia
891 também a possibilidade de quebra do sigilo, direito inalienável do paciente. Dessa

892 forma, defendeu que a ANS assuma uma posição de coibir a revelação da CID nas guias
893 em papel até que essas possam ser implantadas em via eletrônica e criptografadas, de
894 modo a preservar o direito de sigilo do paciente. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG,
895 deu parabéns a Dr^a Ângela e a Dr^a Jussara pelo trabalho realizado, sob o comando do
896 Dr. Leônicio. Acrescentou que dentre os benefícios enumerados por Ângela Scatena, o
897 TISS é também um excelente instrumento para gestão, incluindo a CID, com a
898 respectiva proteção, que é fundamental para a gestão do benefício, principal demanda
899 dos consumidores, exigida principalmente das operadoras. Referindo-se à fala do Dr.
900 José Carlos Abrahão, comentou que naquele estágio da implantação do TISS, as
901 demandas de ajustes e adaptação das operadoras apresentavam uma curva descendente
902 e que, no seu entendimento, as empresas vinham tentando ressaltar os problemas de
903 preenchimento de guias a fim de justificar custos maiores. Declarou que a implantação
904 do TISS surgira em momento oportuno e, expressando divergência em relação à opinião
905 do Dr. Aloísio, do CFM, afirmou que o relacionamento entre seguradoras e médicos
906 estava em um bom momento: de confiança mútua e muito debate. Relatou que a
907 FENASEG vinha participando de todas as câmaras técnicas da AMB, mantendo diálogo
908 produtivo na negociação de reajustes anuais com as operadoras de serviços. Da mesma
909 forma, observou que a relação entre hospitais e laboratórios era a melhor possível.
910 Afirmou que o momento era de tranquilidade e que ela era necessária para concluir a
911 implantação do TISS sem terremotos. Ao mesmo tempo, destacou que o clima de
912 confiança mútua favorecia o aprofundamento do diálogo, dentro das limitações de cada
913 segmento. Concluiu solicitando ao Dr. Aloísio que explicasse a situação que ele
914 mencionara sobre o documento de glosa, pois todas as seguradoras possuíam extrato de
915 pagamento para sua referência. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, deu parabéns à
916 equipe do TISS pelo trabalho realizado e expressou a sua preocupação com o prazo
917 estipulado no artigo quinto da RN 153, de primeiro de setembro, para envio de modelo
918 das guias e outras informações nos termos a serem definidos por outra RN da ANS.
919 Desse modo, sugeriu que a RN 153 fosse alterada para contemplar uma prorrogação de
920 prazo para a odontologia, tendo em conta o novo rol odontológico. Contou que as
921 operadoras estavam ainda na fase de contratação de laboratórios, nos termos da RN 54,
922 e que os trinta dias fixados na RN 154 não haviam sido suficientes para realizar a
923 contratação adequada com preços justos. No tocante às alterações no *hotsite* do TISS,
924 nomeadas pela Dr^a Ângela, e outras modificações que ocorressem dentro da página da
925 ANS na Internet, solicitou que houvesse um *link* que informasse sobre as últimas

926 mudanças promovidas no sítio da Agência, de tal modo que não mais se precisasse
927 checar arquivo a arquivo para saber o que fora alterado, pois muitas vezes havia
928 modificações que não constavam de publicações no Diário Oficial. Dr^a **Marília Ehl**
929 **Barbosa**, da UNIDAS, cumprimentou o Dr. Leôncio e a equipe pelo excelente trabalho.
930 Revelou que realizara levantamento para identificar, junto às operadoras, a existência de
931 problemas na implantação do TISS e quais eram esses problemas. Constatou que, em
932 sua maioria, havia ainda um grande número de reclamações, além de alguns problemas
933 também identificados. A Unidas consolidará os principais pontos listados, que seriam
934 encaminhados ao representante da UNIDAS no COPISS e também para a ANS. Mostrou-
935 se preocupada com a situação da inclusão do CID nas guias do TISS, pois o
936 levantamento das principais causas de morbidade que a codificação permitia, constitui
937 dado importante e relevante para a gestão dos programas de saúde, respeitando-se o
938 sigilo obrigatório e necessário para a segurança do paciente. Dr. **Luiz Plínio Moraes de**
939 **Toledo**, da FBH, cumprimentou a equipe da DIDES pelo trabalho e, dirigindo-se à Dr^a
940 Ângela, elogiou a sua apresentação e a afirmação de que era preciso diminuir as
941 diferenças de interpretação da RN 153. Agradeceu ao Dr. Fausto pela referência ao
942 estudo feito pelo Sindicato de Hospitais de São Paulo e concordou com o Dr. José Carlos
943 Abrahão de que o tamanho da amostra era pequeno em relação ao universo de hospitais
944 no Brasil, mas fornecera um resumo do que estava acontecendo com o TISS nos
945 hospitais. Comentou que, na sua percepção, os hospitais vinham se esforçando para
946 cumprir o disposto na RN 153 e revelou que cerca de dez anos antes, a Associação de
947 São Paulo e a ABRAMGE haviam iniciado um trabalho com vistas à padronização que não
948 evoluíra conforme o esperado. Informou que continuavam a defender essa padronização
949 e pediu a compreensão das operadoras em relação aos erros e falhas que ainda
950 ocorriam. Solicitou igualmente aos representantes das operadoras que continuassem a
951 manter a atitude de diálogo demonstrada no COPISS, a fim de que cada vez mais os
952 atores envolvidos pudessem intensificar a capacidade de comunicação e o respeito pela
953 opinião do outro. Para os comentários finais, Dr. **Fausto dos Santos** passou a palavra
954 ao Dr. José Leôncio Feitosa e, em seguida, à Dr^a Maria Ângela. Dr. **José Leôncio**
955 agradeceu as contribuições de cada um dos presentes e expressou a sua expectativa
956 quanto ao sucesso da implantação do TISS, e a certeza de que seria futuramente
957 adotado por parte de algumas outras organizações e instituições públicas de relação com
958 o setor privado. Dr^a **Maria Ângela** declarou que a eficiência, a efetividade e a
959 transparência do trabalho era resultado do entendimento de que ele somente poderia ser

960 construído em conjunto com os representantes das entidades do setor. Prosseguindo
961 agradeceu os elogios e também o entendimento e a paciência de todos com as
962 dificuldades da equipe bem como com as suas limitações. Com relação aos comentários
963 do Dr. Aloísio Tibiriçá, do CFM, e da Dr^a Maria Inês Dolci, da PRO TESTE, Maria Ângela
964 esclareceu que o assunto ainda estava em discussão e que, devido à legislação, o padrão
965 de conteúdo e estrutura não poderia ser alterado no prazo de um ano. Contou que a
966 normalização do CFM oferecera aos médicos um instrumental sobre a colocação do CID
967 na guia de consulta e considerou como um dos positivos do TISS a segurança e a
968 proteção advindas com a implantação do padrão no que se refere ao tráfego das
969 informações dos pacientes. Com relação às sugestões sobre os fóruns para discussão,
970 disse que iria abrir um fórum para os membros do COPISS, de modo a manter um
971 diálogo mais próximo e constante, e que acataria as sugestões do Dr. Aloísio e do Dr.
972 Egberto. Observou que a pesquisa que ela apresentara era bastante otimista, mas que
973 havia ainda muita coisa a ser feita em relação a outros locais e situações. Contou sobre a
974 sua satisfação com o andamento das discussões no COPISS e a disposição de seus
975 membros em dar continuidade ao processo apesar dos problemas que sempre surgiam.
976 Falou também de sua satisfação em contar com todos os representantes dos
977 consumidores naquela reunião da CSS, pois os representantes do segmento no COPISS
978 não haviam comparecido às últimas reuniões. Explicou que fora solicitada nova
979 indicação, mas até aquele momento sem resposta. No que refere aos pedidos de
980 flexibilização do prazo, feitos pelo Dr. Egberto, em função da colocação da histopatologia
981 no rol da odontologia, Ângela Scatena declarou que a equipe iria discutir e avaliar. No
982 tocante a questão sobre o Tribunal de Contas e a exigência de somente aceitar
983 comprovantes em papel, falou que esse era um problema contratual entre operadoras e
984 empresas e que estes deveriam identificar as adequações cabíveis. Concluindo Dr^a
985 Ângela agradeceu a atenção de todos. Dr. **Fausto** retomou a palavra e pediu ao Dr.
986 Abrahão que formalizasse o pedido para dilação do prazo à diretoria da Agência para que
987 ela possa se pronunciar de forma definitiva sobre a questão. Anunciou a presença do Dr.
988 Hésio Cordeiro, que havia sido indicado pelo Governo para ocupar uma das diretorias da
989 ANS e estava aguardando a votação no plenário do Senado e posterior nomeação pelo
990 Presidente da República. **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, Dr. **Fausto**
991 **dos Santos** agradeceu a disponibilidade de todos em comparecer e encerrou a sessão.

- 992 Agência Nacional de Saúde Suplementar
- 993 Ministério da Previdência Social
- 994 Associação Médica Brasileira – AMB
- 995 Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde - ADUSEPS
- 996 Associações de Consumidores de Planos Privados de Saúde – PRO TESTE
- 997 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB
- 998 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 999 Confederação Nacional da Indústria – CNI
- 1000 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 1001 Conselho Federal de Medicina - CFM
- 1002 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 1003 Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS
- 1004 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 1005 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

- 1006 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 1007 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA
- 1008 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 1009 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 1010 Força Sindical
- 1011 Fundação PROCON - São Paulo
- 1012 Fundação PROCON - São José dos Campos
- 1013 Segmento de Autogestão da Assistência à Saúde - UNIDAS