

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

ABERTURA – Às dez horas do dia vinte e sete de setembro do ano de dois mil e sete, no Salão Dourado do Hotel Glória, na Rua do Russell, nº 632, na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quadragésima Oitava 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. **Eduardo Marcelo de Lima Sales**, Diretor de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dr^a **Leda Maria de Vargas Rebello**, da ANS; Dr^a **Ceres Albuquerque**, Gerente-Geral de Informações e Sistemas (DIDES/ANS); Dr^a. **Alexia Luciana Ferreira**, da Gerência-Geral de Acompanhamento Institucional (ANS); Dr. **Afonso Teixeira dos Reis**, da Assessor Especial (DIPRO/ANS); Dr. **Fábio Fassini**, da ANS; Dr. **Leandro Fonseca da Silva**, do Ministério da Fazenda; Dr^a **Maria Éster Veras Nascimento** e Dr. **Eduardo Menezes Meireles**, do Ministério da Previdência Social; Dr. **Luiz Roberto Tenório**, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Dr. **Aloísio Tibiriçá Miranda** e Dr. **Álvaro Luiz Salgado Pinto**, do Conselho Federal de Medicina; Dr^a **Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia**, do Conselho Federal de Enfermagem; Dr. **Dante Montagnana**, 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. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e **Adriano Matheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC); Dr. **José Sousa da Silva**, da Força Sindical; Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de

31 Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr. **Florisval Meinão**, da
32 Associação Médica Brasileira (AMB); Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, pelo
33 Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de Almeida** e Dr.
34 **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de
35 Grupo; Dr. **Celso Corrêa de Barros** e **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da
36 UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr.
37 **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, pelas Empresas de Odontologia de Grupo;
38 Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pelas Cooperativas de
39 Serviços Odontológicos; Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa
40 do Consumidor, PROCON/SJC; Dr^a **Selma do Amaral**, da Defesa do Consumidor,
41 PROCON/SP; Dr^a **Ana Luisa Godinho Ariolli**, da PRO TESTE, e Dr^a **Josefa Renê**
42 **Santos Patriota**, da ADUSEPS, pelas Associações de Consumidores de Planos
43 Privados de Assistência à Saúde. Dr. **Fausto dos Santos** abriu a 48^a Reunião da
44 CSS agradecendo o comparecimento de todos, apesar do intervalo curto devido
45 ao adiamento da 47^a Reunião. Justificou as ausências de: (a) Dr. José Leôncio
46 Feitosa, Diretor da DIDES/ANS, que se encontrava em férias, e seria
47 representado naquela Reunião pela Gerente-Geral de Informações e Sistemas da
48 DIDES, Dr^a Estela Albuquerque; (b) do Conselho Federal de Odontologia, por
49 compromissos anteriormente assumidos; e (c) da Associação Franco Basaglia, por
50 problemas de saúde de sua representante. Em relação à ata da 47^a Reunião da
51 CSS disse que haviam sido acatadas as alterações e observações sugeridas pelo
52 Dr. Egberto Miranda (UNIODONTO), Dr^a Marília Barbosa (UNIDAS) e Dr. José
53 Cláudio Oliveira (UNIMED). Esclareceu que a sugestão do Dr. José Carlos Abrahão
54 (CNS) fora feita no dia anterior ao daquela reunião, e tendo sido avaliada como
55 pertinente, a diretoria havia preferido acatá-la, o que gerara uma errata. Como
56 não houvesse mais qualquer observação sobre o texto, a ata da 47^a Reunião foi
57 aprovada. **INFORMES** – Dr. **Fausto dos Santos** observou que não tinha
58 informes a fazer, mas que gostaria de realizar dois esclarecimentos relativos a
59 matérias veiculadas na imprensa sobre temas de saúde suplementar que
60 integrariam o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Saúde. Anunciou
61 que as questões em discussão com o Ministério da Saúde e o Governo Federal

eram muito mais amplas do que “portabilidade do ressarcimento ao SUS” e já vinham sendo discutidas e aprimoradas com o setor desde o Fórum de Saúde Suplementar, realizado em 2003. Frisou que não havia a intenção de mudar as regras de funcionamento do setor por meio de Medida Provisória. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, pediu a palavra para apresentar um breve informe sobre materiais descartáveis, a exemplo da tesoura ultra-sônica, utilizada em cirurgia de vídeo. Revelou que havia um aviso no Diário Oficial de Pernambuco de pregão para aquisição de uma unidade desse material para utilização em hospital. Questionou como era possível tal material ser considerado reutilizável na rede pública e descartável na rede privada, alertando para as consequências desse tipo de situação para o consumidor. Solicitou, assim, que fosse marcada uma discussão sobre o assunto. Dr. **Aloísio Tibiriçá**, do CFM, comentou sobre a ausência de assuntos gerais nas pautas das reuniões da CSS ao que o Dr. Fausto redargüiu que os membros podiam e deviam sugerir previamente pontos de pauta por meio da Secretaria da Câmara. Acrescentou que iria analisar a proposta de se incluir um ponto permanente de pauta em cada reunião, desde que as sugestões fossem enviadas com antecedência mínima para que todos os membros pudessem se preparar para o debate. Na sequência, Dr. Aloísio declarou sua satisfação com a divulgação, no portal da ANS, de nota esclarecedora sobre demandas de prestadores para o COPISS. Ressaltou, contudo, que ficara faltando na nota um ponto aprovado no Comitê e que estava relatando esse fato como informe por não haver um outro espaço na reunião para essa finalidade. Dr. **Fausto** passou a palavra ao Dr. Eduardo Sales, Diretor de Fiscalização da ANS. **ITEM I – FISCALIZAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR –** Dr. **Eduardo Sales** relatou que, a partir de sua assunção ao cargo de Diretor da DIFIS, ele e sua equipe haviam promovido algumas modificações tanto no que se refere ao aspecto conceitual da atuação fiscalizadora da Agência quanto em relação à estrutura necessária para a incorporação do conceito pela equipe, demais pares e diretoria. Acrescentou que os resultados iniciais assinalavam que essa mudança de enfoque havia trazido significativos avanços para a área de fiscalização da instituição. Destacou que a apresentação focalizaria três etapas:

93 (i) a revisão das atribuições da DIFIS; (ii) os eixos orientadores definidos a partir
94 dessa revisão; e (iii) as mudanças surgidas na estrutura organizacional. No
95 tocante às atribuições da DIFIS, Dr. Eduardo resgatou o que estava estabelecido
96 na RN 81: “promover articulação com o sistema nacional de proteção e defesa do
97 consumidor e com a sociedade civil organizada; promover ações educativas para
98 o consumo em saúde suplementar; coordenar a Central de Relacionamentos
99 (comentou que quando a ANS fora criada havia um *Call Center* que funcionava
100 como meio de interação com a sociedade, recebendo denúncias de beneficiários e
101 consumidores); promover a fiscalização da assistência suplementar à saúde;
102 promover medidas que possibilitem a mediação ativa dos interesses com vistas à
103 produção do consenso na solução dos casos de conflito; e instaurar e conduzir
104 processo administrativo sancionador. No que se refere aos eixos orientadores, o
105 Diretor da DIFIS apontou a “articulação institucional”, “a mudança metodológica
106 dos processos fiscalizatórios” e a “desconcentração administrativa e decisória”.
107 Comentou que as propostas eram: (a) diminuição das assimetrias presentes nas
108 relações de consumo; (b) ampliação e consolidação da relação com o Sistema
109 Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e com instituições da sociedade civil
110 organizada – Programa “Parceiros da Cidadania”; e (c) mediação ativa de
111 conflitos entre os atores do setor. Dessa perspectiva, declarou que, numa
112 primeira etapa, “Parceiros da Cidadania” possibilitara encontros dos técnicos da
113 ANS com os Procons atuantes nas diversas regiões do País para apresentação da
114 legislação e delimitação de atribuições e competências. Para a segunda etapa
115 desse processo, Dr. Eduardo enfatizou a necessidade de maior aproximação de
116 conteúdo com esses atores da sociedade civil organizada no sentido de
117 disseminar e receber informações, bem como de qualificar o debate entre os
118 destinatários finais desses serviços e os prestadores, operadoras e demais
119 entidades que integram o Governo. Nessa linha, relatou a celebração de
120 convênios com o Procon Municipal de Belo Horizonte, com a Fundação Procon São
121 Paulo e com o Procon de Fortaleza, e os contatos mantidos com os Procons dos
122 estados de Pernambuco e Rio de Janeiro, destacando que essa aproximação
123 preservava a autonomia e independência de cada entidade, pois não visava a

124 vinculação jurídico formal, mas o estabelecimento de um debate claro, objetivo e
125 transparente. Comentou que o Procon possuía capilaridade e legitimidade na
126 sociedade em todas as atividades de consumo, nas quais se incluía a saúde
127 suplementar. Destacou ainda a intenção de firmar convênio com o DPDC do
128 Ministério da Justiça, que proporcionaria maior interconectividade com o Sistema
129 Nacional de Defesa do Consumidor e o sistema integrado de fiscalização da ANS.
130 Dr. Eduardo Sales assinalou também a necessidade de aproximação com o
131 mundo organizado do trabalho, por intermédio das centrais sindicais, visto que os
132 contratos coletivos empresariais correspondiam a cerca de 75% dos contratos
133 coletivos por adesão. Relatou que fora realizado seminário em São Paulo, com a
134 Central Única dos Trabalhadores (CUT) e que estavam previstos outros dois
135 encontros, respectivamente com a União Geral dos Trabalhadores e Força
136 Sindical. Frisou que o objetivo dos seminários era informar sobre a saúde
137 suplementar e superar preconceitos, pois os trabalhadores tendem a perceber o
138 setor como concorrente do setor público de saúde, embora a maior parte da
139 clientela dessas centrais sindicais tenha plano de saúde. Dr. Eduardo mencionou
140 ainda a aproximação de conteúdo com a PRO TESTE, sem prejuízo de outras
141 entidades desse segmento, com vistas a discutir uma política de educação para o
142 consumo. Na seqüência, destacou as atividades previstas no contexto do primeiro
143 eixo orientador - a articulação institucional: (a) seminários temáticos periódicos e
144 mesas técnicas; (b) programas de capacitação e treinamento; c) Boletim
145 Informativo Periódico Eletrônico; d) intercâmbio de informações por meio dos
146 sistemas; e) canal direto de comunicação - *hot line*; e, f) produção de material
147 informativo sobre saúde suplementar. Com relação a esse último ponto, Dr.
148 Eduardo assumiu que a linguagem até então utilizada pela Agência na produção
149 de material informativo não conseguia atingir adequadamente o beneficiário, no
150 que tange às necessidades de informação e de esclarecimento desse público na
151 aquisição e utilização de plano de saúde. Dessa forma, o Diretor da DIFIS
152 destacou importância do estabelecimento da política de Educação para o
153 Consumo, que classificou como “processo contínuo de aprendizagem que estimula
154 a formação de cidadãos-consumidores responsáveis e ativos”. Ressaltou que

155 quem contrata um plano de saúde precisa ter, minimamente, condições de acesso
156 e de entendimento dessas informações, de modo a possibilitar um protagonismo
157 nesse processo de contratação. Ainda no contexto da Educação para o Consumo,
158 mencionou a adaptação de conteúdo da legislação de saúde suplementar e
159 elaboração de material técnico (guias, cartilhas e folhetos), em conjunto com os
160 parceiros a fim de atender às demandas específicas de
161 consumidores/beneficiários. No que tange aos canais de relacionamento com a
162 população, citou o Disque ANS (0800 701 9656), o Fale Conosco (comunicação no
163 site www.ans.gov.br); correspondências (cartas e ofícios) e atendimento pessoal
164 (NURAFs). Citou que, entre janeiro e setembro daquele ano, a ANS havia
165 recebido 42.222 demandas, das quais a Central conseguira concluir, isto é,
166 prestar esclarecimento a 37.113 operadoras (88%); 1.474 encontravam-se em
167 fase de tramitação na Gerência de Relacionamento Institucional; e, 2.635 haviam
168 sido encaminhadas aos Núcleos, pois apresentavam indícios de conduta infrativa
169 positiva. Esclareceu que antes o procedimento era encaminhar as demandas
170 diretamente para os NURAFs em todo o Brasil e, a partir daí, iniciava-se uma
171 troca de ofícios e diligências para a sede do Rio de Janeiro, o que impactava
172 sobremaneira no tempo para o retorno da informação aos demandantes.
173 Acrescentou que, no mesmo período de janeiro a setembro, haviam sido
174 recebidas 7.963 demandas via correio eletrônico, comentando que esse meio de
175 comunicação ganhava legitimidade em razão do tempo médio de resposta (48
176 horas), embora o telefone ainda fosse o principal meio de comunicação com a
177 Central. Dr. Eduardo apontou que os temas mais recorrentes nas demandas
178 recebidas eram: “cobertura assistencial”, “urgência”, “emergência” e
179 “internação”. Disse que o material da apresentação seria entregue posteriormente
180 aos participantes. Passando ao segundo eixo orientador – a mudança
181 metodológica dos processos fiscalizatórios, o Diretor da DIFIS explicou que as
182 atividades previstas haviam sido definidas quanto à relação jurídica regulada,
183 envolvendo o relacionamento ANS/operadora (fiscalização regulatória) e
184 operadora/consumidor (fiscalização assistencial), bem como quanto ao modo do
185 exercício fiscalizatório, que abrange: (a) ações pró-ativas e reativas - atuação de

186 ofício para verificar a regularidade da conduta; (b) ação consensual - atuação
187 negociada com fim de regularizar a conduta; e (c) ação punitiva - atuação
188 provocada para punir a conduta infrativa. Comentou que, no tocante à ação pró-
189 ativa e reativa, a Agência dispunha do programa “Olho Vivo”, no qual acabara de
190 ser inseridos os módulos referentes ao TISS e às práticas de mercado. Em relação
191 a esse segundo módulo, destacou que a idéia era criar, a médio prazo, critérios
192 objetivos que possibilitem as equipes de técnicos a atuar de forma pró-ativa na
193 orientação às empresas fiscalizadas antes que as falhas identificadas venham a
194 ter repercussão na parte assistencial. Acrescentou que a intenção da Agência era
195 fazer com que o “Olho Vivo” promovesse o diálogo direto não só com as
196 entidades de defesa do consumidor, mas também com operadoras e prestadores.
197 Revelou que, entre os anos 2002 e 2006, haviam sido realizados 614 processos
198 de fiscalização por intermédio do “Olho Vivo”, com 503 operadoras autuadas e
199 111 processos arquivados devido à completa irregularidade. Na seqüência,
200 esclareceu que os objetivos da DIFIS nas ações consensuais eram: (a)
201 incrementar a eficiência; (b) zelar pela proporcionalidade regulatória; e (c)
202 conferir maior legitimidade à ação regulatória. Dessa perspectiva, defendeu que a
203 instauração de processo administrativo deveria ocorrer somente quando
204 houvessem sido superadas todas as possibilidades de consenso, de boas práticas.
205 Justificou que a lógica processual não devia perdurar, pois o tempo significativo,
206 verificado tanto no judiciário quanto na administração pública, para oferta de
207 resposta a uma demanda, acabava por penalizar o cidadão no Brasil, de modo
208 que passem a enxergar para além do processo sancionador, a regulação do
209 sistema de saúde suplementar. Nesse contexto, fez breve relato do processo de
210 alteração de legislação, iniciado em novembro de 2006, com a publicação da IN
211 1, da DIFIS, seguido por alteração da RN 155 e na RN 48, no seu parágrafo
212 único, no qual o Diretor da DIFIS foi autorizado pela Diretoria Colegiada a delegar
213 esse poder decisório aos chefes dos NURAFs. Frisou que as chefias assim como os
214 técnicos foram inseridos em processos de treinamento e enfrentamento de
215 dúvidas, o que exigira da DIFIS uma presença cotidiana, em termos de
216 deslocamentos entre a sede e os Núcleos. Relatou, ainda, que a previsão para a

217 delegação de poder aos chefes dos Núcleos fora feita no Regimento Interno da
218 ANS e também na RN 81, acrescentando que, em julho de 2007, haviam sido
219 publicadas onze portarias de delegação – dez para os Núcleos, e uma para a
220 Gerência-Geral de Fiscalização Regulatória, no caso das representações. Declarou
221 que, decorridos três meses, a Agência já conseguira julgar 284 processos, o que
222 demonstrava o sucesso da iniciativa de emprestar agilidade ao processo
223 sancionador. Comentou que, antes, esse prazo poderia variar entre dois e três
224 anos. No que tange à nova estrutura organizacional da DIFIS (RN 81 alterada
225 pela RN 158), Dr. Eduardo destacou que os Núcleos passaram a ter o mesmo
226 grau de importância das gerências-gerais, com vinculação direta ao Gabinete da
227 Diretoria. Chamou também a atenção para o Sistema Integrado de Fiscalização
228 (SIF), que permitira mais agilidade sobretudo nas ações de fiscalização e na
229 comunicação com os demais sistemas de informação da ANS, sem falar na
230 disponibilização das informações da DIFIS para as outras diretorias. Mencionou,
231 ainda, que fora criado um grupo de trabalho para unificação de procedimentos
232 direcionada para situações em que decisões eventualmente contraditórias dos
233 Núcleos sobre um mesmo caso. Contou que o grupo era formado por especialistas
234 das outras diretorias que realizavam a orientação técnica da equipe da DIFIS na
235 interpretação de conceitos jurídicos. Com base nessa orientação, o grupo
236 apresentava ao Diretor da DIFIS uma minuta de enunciado que, se aprovada, era
237 publicada no repertório de enunciados. Acrescentou que já haviam sido
238 publicados três enunciados, os quais serviriam de parâmetro para a atuação de
239 todos os chefes no momento da penalidade, bem como constituía base para
240 negociação, entendimento e repercussão para todo o mercado. Dr. Eduardo
241 anunciou também a instalação, até dezembro de 2007, dos núcleos de Cuiabá e
242 de Ribeirão Preto (voltado para cobrir o sul de Minas Gerais). Disse que o
243 conjunto de medidas apresentadas tinha como foco dar uma dinâmica
244 diferenciada no poder de polícia da ANS, zelando pela aplicação da penalidade
245 sem qualquer outro desejo que não fosse a satisfação dos beneficiários na venda
246 desses bens e serviços. Frisou que a ANS está aberta ao diálogo com todos os
247 atores e relatou encontro com operadores e prestadores, em Natal, para o qual

248 haviam sido convidados a Fundação Procon de São Paulo, o Procon Fortaleza e a
249 PRO TESTE. Disse que a experiência fora interessante pela oportunidade de se
250 observar divergências e consensos presentes nos modos de entendimento desses
251 atores. Concluiu reiterando que esse era o caminho da Agência no contexto de
252 todo o programa de qualificação. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, parabenizou
253 a ANS pela proposta de fiscalização mais próxima, mais concreta e
254 descentralizada. Contou que, nos estados, os núcleos da ANS estavam
255 encaminhando pessoas para a ADUSEPS, como parte da intenção de a Agência
256 atuar em parceria com entidades de defesa do consumidor. Dessa perspectiva,
257 declarou-se surpresa pelo convite feito somente a PRO TESTE para participar de
258 reunião com prestadores e operadoras, mencionada pelo Dr. Eduardo. Disse que
259 se tratava de falta de consideração ao trabalho que a ADUSEPS vinha realizando
260 e destacou, nesse particular, a ação na justiça com relação à obrigatoriedade do
261 preenchimento das guias do TISS. Classificou de interessante a intenção do
262 governo de Pernambuco em fazer parceria com o Procon, mas enfatizou a
263 necessidade de se colocar mais fiscais nesses órgãos, de um modo geral.
264 Defendeu que o *Call Center* da ANS e de algumas empresas de planos de saúde
265 deveriam funcionar 24 horas, tendo em conta as necessidades dos pacientes no
266 que se refere à utilização de serviços de urgência e emergência. Chamou a
267 atenção, ainda, para a necessidade de fiscalização pró-ativa de hospitais cujos
268 médicos plantonistas estavam cobrando de pacientes de planos de saúde e
269 também sobre reajustes abusivos de contratos com mudança de faixa etária.
270 Considerou que o número de ações na justiça sobre essas e outras questões
271 poderia ser reduzido por intermédio de parceria ou de mesa de negociação, de
272 forma a se encontrar um equilíbrio dentro do sistema. Relembrou o informe sobre
273 a tesoura ultra-sônica que ela fizera no início da reunião para frisar a importância
274 de que a fiscalização fosse realizada pela ANS, pela ANVISA, pelos hospitais e
275 pelos médicos. Sugeriu que fosse ampliado o horário de funcionamento do *Call*
276 *Center* para 24 horas e, na seqüência, indagou sobre a composição do orçamento
277 da ANS, de modo a conhecer a possibilidade de a ADUSEPS estabelecer parceria
278 com a ANS com vistas a melhorar a prestação de serviço aos consumidores. Dr.

279 **Paulo Guilherme Barroso Romano**, da CNC, disse que sua entidade, na
280 condição de empregadora, tinha interesse de participar de convênio com a ANS, a
281 exemplo do que havia sido firmado com sindicato de trabalhadores. Dr. Marco
282 Antônio Antunes da Silva, da FENASEG, parabenizou o Dr. Eduardo pelo trabalho
283 realizado nos primeiros doze meses a frente a DIFIS, destacando o fortalecimento
284 da fiscalização em termos de mercado e de transparência do segmento.
285 Referindo-se ao comentário do Dr. Paulo Romano, reiterou a importância da
286 participação dos sindicatos no debate. Defendeu que era preciso estabelecer
287 limites entre a atuação de “saúde suplementar” e de “saúde ocupacional”,
288 sobretudo para dirigentes de sindicatos dos trabalhadores. O representante da
289 FENASEG salientou a necessidade de maior envolvimento do Poder Judiciário a
290 fim de conferir mais transparência ao trabalho realizado pela ANS. Dr. **Sérgio**
291 **Augusto Werneck de Almeida**, do Procon SJC, congratulou-se com o Dr.
292 Eduardo Sales pela apresentação, pela metodologia transparente e pela parceria
293 anunciada com as entidades de defesa do consumidor. Pediu mais detalhes sobre
294 a criação da Comunicação Preliminar de Infração (CIP) e expressou o seu receio
295 quanto à possibilidade de as empresas ficarem aguardando por essa Comunicação
296 para somente então tomar alguma providência. Dr. **Aloísio Tibiriçá Almeida**, do
297 CFM, declarou que o foco da ANS para os estimados 40 milhões de usuários de
298 planos de saúde era justo e correto, pois a partir das demandas dos usuários as
299 próprias operadoras tinham a chance de corrigir suas falhas. Considerou que os
300 usuários eram aliados dos médicos, uma vez que constituíam a razão de ser da
301 profissão médica, citando como exemplo o apoio dos usuários em relação ao
302 sigilo médico, entre outras questões. Afirmou que a posição do CFM era de ajudar
303 a estabelecer os consensos necessários para dirimir os conflitos existentes entre
304 médicos e operadoras, tanto no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar quanto
305 do próprio COPISS, envolvendo os prestadores hospitalares e demais membros
306 desse Comitê. Alertou que os 150 mil médicos atuantes no Brasil, seja na
307 condição de pessoa física (prestadores) ou jurídica (consultórios médicos),
308 enfrentavam situações que conflitavam com as Resoluções da ANS, a exemplo do
309 pagamento de glosa e envio de guias. Acrescentou que nesse processo de busca

310 de consensos, algumas operadoras já haviam chegado mais depressa ao
311 entendimento com os médicos. O representante do CFM sugeriu que, dentro da
312 perspectiva de fiscalização, os conflitos em relação às Resoluções da ANS fossem
313 tratados numa próxima reunião, de modo que se pudesse abordar as queixas e
314 buscar os entendimentos possíveis. Disse que iria procurar o Dr. Eduardo para
315 estabelecer os desdobramentos possíveis na representação dos médicos que
316 atuavam no sistema de saúde suplementar, sob o foco da fiscalização e da busca
317 de consenso anunciada pelo Diretor da DIFIS. Dr. **Egberto Miranda**, da
318 UNIODONTO, falou sobre a melhoria da Agência em relação ao tema fiscalização,
319 assinalando o avanço na descentralização e a agilidade no julgamento. Reiterou a
320 necessidade de maior aproximação com o Poder Judiciário com vistas a esclarecer
321 os magistrados sobre a saúde suplementar. Elogiou a aproximação da DIFIS com
322 as operadoras por meio de encontros técnicos e lamentou que as apresentações
323 ocorridas no evento realizado em Natal, no qual ele estivera presente, não
324 haviam ainda sido colocadas no sítio eletrônico da Agência. Elogiou, igualmente, a
325 criação do repertório de enunciados, pela possibilidade de as empresas terem
326 maior clareza acerca da posição da ANS em relação a matérias específicas.
327 Finalizou declarando que não conhecia o boletim informativo eletrônico
328 mencionado pelo Dr. Eduardo Sales. Dr^a **Ana Luisa Godinho Ariolli**, da PRO
329 TESTE, saudou a ANS pelos avanços no tratamento das questões de saúde
330 suplementar, o que destacava, de forma positiva, a instituição no contexto das
331 demais agências reguladoras. No tocante à questão levantada pela Dr^a Renê
332 Patriota, a representante da PRO TESTE afirmou que, conforme demonstrado pelo
333 Dr. Eduardo, o processo de cooperação com a sociedade civil integraria também
334 outras entidades, mas que era preciso que cada entidade manifestasse
335 igualmente o interesse de participar desse processo. Declarou que a PRO TESTE
336 possuía seis anos de atividades, mas que seu corpo técnico reunia pessoas com
337 mais de vinte anos na defesa do consumidor, a exemplo da Dr^a Maria Inês Dolci.
338 Acrescentou que fora inclusive a Dr^a Maria Inês que indicara a ADUSEPS para
339 integrar a Câmara de Saúde Suplementar. Salientou a importância do diálogo e
340 da cooperação com outros atores do setor com vistas a maior proximidade com a

sociedade civil, bem como ao aprimoramento da percepção das necessidades de informação do consumidor. Nesse particular, frisou a importância da comunicação e da busca por uma linguagem mais objetiva e simples, de modo a tornar as pessoas mais conscientes do serviço que estavam contratando ao adquirir um plano de saúde, tendo em conta que isso representava um investimento de cerca de 10% do orçamento mensal desses consumidores. Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, parabenizou a Diretoria de Fiscalização e disse que também partilhava o entendimento de que a fiscalização deveria ter um papel mais orientador do que propriamente punitivo. Reiterou solicitação que fizera anteriormente no sentido de que a legislação existente fosse simplificada ou consolidada de modo a facilitar o entendimento do usuário e o cumprimento dos normativos por parte das operadoras. Referiu-se ao papel orientador das súmulas elaboradas por órgãos como o STJ e o STF para afirmar que o conteúdo da súmula nº 11 da ANS era confuso e havia provocado interpretações diversas por parte das operadoras. Sugeriu, assim, que a Agência elaborasse uma “súmula da súmula”. Prosseguindo Dr. José Cláudio reiterou também a necessidade de maior aproximação com o Poder Judiciário e mencionou sugestão, feita por uma advogada do sistema UNIMED, de criação de varas especializadas em saúde suplementar. Considerou que se houvessem juízes com conhecimento mais aprofundado do processo regulatório, a fiscalização ficaria mais fácil para as operadoras, para o usuário e para a própria ANS. Dr^a Renê Patriota, da ADUSEPS, pediu a palavra para esclarecer a Dr^a Ana Luisa, da PRO TESTE, que quem indicara a ADUSEPS para participar da CSS fora o IDEC, por intermédio da Dr^a Maria Inês Dolci à época em que trabalhava no Instituto. Reafirmou que não era contrária à participação da PRO TESTE, mas que estava requerendo e exigindo a participação da ADUSEPS. Declarou que a fiscalização realizada pela ANS ainda era insuficiente, apesar da intenção da atual diretoria, e argumentou que a ADUSEPS vinha trabalhando as 24 horas do dia em Pernambuco realizando ações que cabiam à ANS. Afirmou que não tinha a intenção de competir com qualquer outra instituição, contudo, salientou que a ANS não poderia firmar parceria apenas com uma única entidade de defesa do consumidor, em face dos princípios

372 de isonomia e igualdade. Comentou que a ADUSEPS vinha recebendo mensagens
373 de correio eletrônico do COPISS, mesmo sem participar desse Comitê, para
374 reiterar a importância da participação de entidade de defesa do consumidor no
375 mencionado fórum. Concluindo indagou ao diretor da ANS se haveria vaga
376 disponível na CSS para o Fórum de Representantes de Patologias. Dr. **Fausto**
377 **dos Santos** retomou a palavra para comentar sobre duas questões. Com relação
378 ao orçamento da ANS, esclareceu que este fazia parte do Orçamento Geral da
379 União, como componente do orçamento do Ministério da Saúde, e que possuía
380 duas fontes: (i) recursos oriundos da cobrança de taxas para o beneficiário e ara
381 o requerimento de ações regulatórias da ANS, e (ii) recursos do Tesouro Nacional,
382 para pagamento de pessoal. Estimou que, pela execução de 2007, os recursos
383 oriundos das taxas giravam em torno de 78 milhões de reais e os recursos do
384 Tesouro, em torno de 32 milhões de reais. Disse que esses dados podiam ser
385 verificados no portal Transparência do Governo Federal e no sítio do Conselho
386 Nacional de Saúde, que realizava o acompanhamento orçamentário de todos os
387 órgãos do Ministério da Saúde. Frisou que a Agência possuía autonomia financeira
388 – podia gastar, de forma autônoma, os recursos a ela destinados, mas não
389 possuía autonomia orçamentária, visto que o seu orçamento estava agregado ao
390 orçamento do Ministério da Saúde. Com relação à participação do Ministério
391 Público, relatou a realização de reuniões seqüenciais com o Ministério Público
392 Federal, por intermédio da Terceira Câmara, que reunia procuradores
393 sensibilizados para o debate na área de saúde suplementar, em particular de
394 questões associadas a coletivização, cobertura e odontologia. Em termos de
395 fiscalização, Dr. Fausto falou que a posição do órgão, até então, limitava-se a
396 pressionar a agência reguladora, em especial para a resolução de questões de
397 âmbito coletivo. No tocante à Súmula nº 11, o diretor da ANS concordou que se o
398 instrumento não conseguira exercer o papel de esclarecer, precisava ser revisto e
399 reeditado quantas vezes fossem necessárias. Dirigindo-se a Dr^a Renê Patriota,
400 Dr. **Eduardo Sales**, da DIFIS, afirmou que não havia qualquer restrição a
401 parcerias e que o convênio era uma forma de aproximação. Acrescentou que a
402 intenção da Agência era procurar a ADUSEPS, mas que, tendo em conta o convite

403 do Procon Pernambuco, ele decidira conversar primeiramente com esse órgão
404 para depois envolver outros parceiros. Com relação ao *Call Center*, disse que a
405 sugestão da ADUSEPS seria considerada na discussão sobre a efetividade do
406 serviço, e no que se refere à cobrança de honorários feita por médicos
407 plantonistas a pacientes de serviços de urgência e emergência, ponderou que isso
408 estava vinculado ao ato médico. Dessa forma, considerou que se tal conduta
409 fosse proibida pelo CFM, este teria que ser acionado, ao mesmo tempo em que
410 esclareceu que a atuação da Agência era feita sobre a operadora e não sobre o
411 profissional médico. Referindo-se à questão levantada pelo Dr. Paulo Romano, da
412 CNC, o diretor da DIFIS relatou o agendamento de reunião para o dia 3 de
413 outubro, com as presenças da FIESP e do SINDSCON, e que estava articulando
414 agendas com outras instituições, a exemplo da FEBRABAN. Pediu que os
415 interessados entrassem diretamente em contato com a Gerência-Geral de
416 Acompanhamento Institucional. Acrescentou que a DIFIS possuía a clareza dos
417 limites da atuação da “saúde suplementar” e da “saúde ocupacional”. Dirigindo-se
418 ao Dr. Sérgio Werneck, do Procon SJC, esclareceu que a Comunicação Preliminar
419 de Infração atuaria exatamente na negativa de cobertura, prática que equivalia a
420 33% das demandas recebidas pela Central da DIFIS. Dessa forma, explicou que
421 em vez distribuir imediatamente tais demandas para a Gerência-Geral de
422 Acompanhamento Institucional ou para os NURAFs, a idéia era entrar em contato
423 com as operadoras por meio do *Hot Line*. Assim, uma vez configurada a utilização
424 indevida recorrente, a fiscalização atuaria de outro modo. Complementou que não
425 haveria Comunicação Preliminar para a vigência fiscalizatória. Dirigindo-se ao Dr.
426 Aloísio Tibiriçá, do CFM, confirmou que a Agência tinha interesse em aprofundar a
427 discussão o Conselho a fim de compatibilizar entendimentos. Reafirmou a
428 disposição da DIFIS em participar do debate, junto com a DIDES, em relação às
429 questões com as operadoras mencionadas pelo Dr. Aloísio. Dirigindo-se ao Dr.
430 Egberto Miranda, da UNIODONTO, comentou que a aproximação com o Poder
431 Judiciário era a mais complexa e problemática devido à vinculação do dado
432 médico. Contou que algumas alternativas haviam sido cogitadas, a exemplo de
433 especialização para magistrados e encontros com representantes de operadoras,

434 mas que a aproximação com o Judiciário fazia parte e um processo que ainda
435 precisava amadurecer de forma a resultar em decisões mais próximas da
436 realidade daquele Poder. Na seqüência, comunicou que o boletim informativo
437 surgiria à medida que as parcerias fossem estabelecidas e revelou que a intenção
438 era divulgar nesse boletim pareceres da Procuradoria Federal, bem como súmulas
439 e notas técnicas elaboradas pela Agência com vistas a ampliar ao máximo o
440 acesso público a essas informações. Dirigindo-se ao Dr. José Cláudio, da UNIMED,
441 informou que a ANS, havia cerca de um ano, contratara dois consultores para
442 realizar a atualização de toda a legislação produzida pela instituição. Contou que
443 o trabalho seria publicado em breve, sob a forma de manual, que se encontrava,
444 naquele momento, em revisão pela equipe da DIFIS em parceria com a
445 Procuradoria da ANS. No tocante à sugestão de criação de varas especializadas,
446 disse que o assunto seria discutido oportunamente. Dr. Fausto dos Santos
447 observou que, em relação à aproximação com o Poder Judiciário, as dificuldades
448 estavam associadas às oscilações na política interna desse Poder. Relatou que a
449 ANS havia realizado e também participado de diferentes eventos, em diferentes
450 partes do País, com o objetivo de sensibilizar integrantes do Judiciário quanto à
451 legislação relacionada à saúde suplementar. Disse que a Agência continuaria a
452 trabalhar nessa linha, mas que era preciso não ter a ilusão de que a maior
453 institucionalização do processo seria alcançada em curto espaço de tempo. Dr^a
454 René Patriota, da ADUSEPS, sugeriu, então, que a ANS verificasse com o
455 Conselho Nacional de Justiça e com os presidentes dos Tribunais, a criação de
456 varas específicas de saúde, pois, no seu entender, a maior aproximação com o
457 Poder Judiciário era inviável considerando a necessidade da imparcialidade do juiz
458 em contraposição à preponderância do laudo médico. Dr. Fausto argumentou que
459 o foco da questão era dar conhecimento ao Judiciário sobre a existência de toda
460 uma legislação específica, que congregava instrumentos técnicos com o objetivo
461 de balizar a tomada de decisão com a menor assimetria de informações possível.
462 Na seqüência, o diretor da ANS e da DIPRO fez uma breve introdução ao segundo
463 ponto de pauta – a apresentação dos resultados do programa de qualificação, ano
464 base 2006. Declarou que o assunto era motivo de grande satisfação para a ANS,

465 pois pelo terceiro ano consecutivo, seria apresentado um conjunto de informações
466 sobre o setor e sua operação, para todos os atores envolvidos no processo.
467 Classificou o ano base de 2006 como um processo de consolidação do programa,
468 pois, por ocasião do lançamento deste, em 2004, havia muitas incertezas quanto
469 a essa consolidação. Destacou como principal resultado do programa a melhoria
470 da capacidade de avaliar a performance do setor, com impacto positivo sobre a
471 assimetria de informações, o processo concorrencial e o envolvimento de todos os
472 atores que nele militam e trabalham. Salientou os pressupostos da política de
473 qualificação e lembrou que o conteúdo do artigo quatro da lei 9.961/2000
474 fornecera o embasamento jurídico para a edição da RN 139, que institucionalizara
475 o programa. Salientou que havia modificações em relação ao que fora
476 apresentado no ano anterior e anunciou que em 2008 estavam programadas
477 mudanças mais substantivas. Em seguida, convidou os técnicos para
478 apresentação dos resultados da avaliação das operadoras e da própria agência
479 reguladora. **ITEM II – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE**
480 **SUPLEMENTAR** – Dr. **Afonso Teixeira dos Reis**, Assessor Especial da DIPRO,
481 saudou os presentes e iniciou a sua apresentação destacando que a Política de
482 Qualificação estava embasada em dois pressupostos – um, legal, conferido pela
483 Lei 9.961/2000, que cria a ANS e lhe dá a competência de avaliar as operadoras
484 de Planos de Saúde; e outro, a diretriz de gestão, que estabelece uma nova
485 perspectiva de uma regulação indutora para o Setor Suplementar, buscando fazer
486 deste um lugar de produção de saúde. Como um dos itens da Política de
487 Qualificação cita o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, normalizado
488 pela RN 139, de 24 de novembro de 2006, que tem dois componentes: (a) que
489 avalia a ANS; e (b) que avalia as operadoras. Explicou que, metodologicamente,
490 a medida escolhida para a avaliação do desempenho das operadoras fora o Índice
491 de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), resultante de quatro outros
492 índices, cujos percentuais correspondiam à totalidade do IDSS: (i) desempenho
493 da atenção à saúde – 50%; (ii) desempenho econômico-financeiro – 30%; (iii)
494 desempenho de estrutura e operação - 10%; e, (iv) desempenho da satisfação
495 dos beneficiários – 10%. Lembrou que a definição desses percentuais fora uma

496 escolha política, de indução, de fazer com que o setor seja um espaço que
497 produza saúde para o total de beneficiários de planos de saúde. Em seguida,
498 falou sobre o propósito de cada Índice de Desempenho: (a) Atenção à Saúde –
499 avaliar todas as ações de saúde, desde a promoção, prevenção e a assistência
500 prestadas aos beneficiários pelo plano de saúde, bem como o impacto dessas
501 ações sobre a saúde destes; (b) Econômico-Financeiro - medir a situação
502 econômica financeira da empresa, a capacidade de custear a qualidade do
503 conjunto das ações dos serviços de saúde necessários para uma atenção
504 qualificada; (c) Estrutura e Operação - avaliar a capacidade de as operadoras
505 manterem ou aumentarem o número de beneficiários vinculado a cada um dos
506 planos de saúde que ela oferece, bem como de providenciar uma rede assistencial
507 condizente com o plano oferecido e de cumprir com as suas obrigações técnicas e
508 cadastrais; e, (d) Satisfação do Beneficiário – medir o grau de satisfação dos
509 consumidores quanto ao atendimento de suas necessidades e aos serviços
510 prestados, com base no contrato feito com a operadora. Esclareceu que cada um
511 desses Índices possuía vários indicadores, de modo que cada operadora recebia
512 um ponto a partir do indicador aferido. Citou como exemplo dessa metodologia a
513 cobertura de mamografia de mulheres entre 50 e 69 anos: era feita uma taxa
514 entre o número de mulheres que realizaram a mamografia naquela faixa etária
515 pela quantidade de mulheres que deviam realizar a mamografia naquela faixa de
516 idade da carteira da operadora. Do percentual resultante por operadora, era
517 atribuído um ponto, com base na escala de pontuação. Assim, se a operadora
518 realizou 60% ou mais de cobertura, ou seja, se 60% ou mais das mulheres
519 conseguiram fazer o exame de mamografia em um ano, ela recebe o máximo de
520 pontos. Se 30 a 60% das mulheres conseguiram realizar o exame, a operadora
521 recebia 1,5 pontos; entre 0 e 30%, recebia 0,75; e, se nada foi feito, a operadora
522 recebia pontuação zero. Prosseguindo, explicou que a partir dos pontos de cada
523 indicador calculava-se o IDSS. Para achar esse Índice, era preciso calcular um
524 índice de desempenho de cada uma das quatro dimensões por meio do quociente
525 entre somatório de pontos obtidos pela operadora nos indicadores da dimensão
526 por somatório da pontuação máxima nos indicadores da dimensão. Uma vez

527 calculado o índice de desempenho de cada dimensão, era feita a soma desses
528 índices multiplicando-se o respectivo peso para obter, assim, o IDSS da
529 operadora, que varia de zero a um. Quando o índice de desempenho é zero,
530 significa dizer que a operadora recebeu pontuação zero ou estava abaixo do
531 mínimo estabelecido pela ANS; quando a operadora atinge um máximo de
532 pontos, significa que ela conseguiu alcançar as metas estabelecidas pela ANS
533 como sendo as melhores e as mais aceitáveis dentro daquele momento. Dr.
534 Afonso lembrou que a concepção, aprovação e lançamento do programa de
535 qualificação ocorrera em 2004. Comentou que a previsão era de três fases, sendo
536 que a primeira delas teve duas etapas: a primeira, com resultados anunciados em
537 maio de 2005, avaliou a base de dados de 2003 e as informações por porte,
538 segmentação, dimensão e modalidade; a segunda, que contemplou a base de
539 dados de 2004, cujos resultados foram divulgados em dezembro de 2005,
540 também com a análise por porte, segmentação, modalidade e dimensão.
541 Ressaltou que, na primeira etapa da fase 1, os resultados por operadora não
542 foram divulgados, e que, na segunda etapa da mesma fase, houve a divulgação
543 de três listas – operadoras que enviaram dados corretos e foram avaliadas;
544 operadoras que enviaram dados inconsistentes ou não enviaram dados, ou seja,
545 receberam IDSS zero; e as operadoras cuja avaliação não se aplicava naquele
546 momento. Destacou que, naquele momento, o programa estava em sua segunda
547 fase, dividida em duas etapas, sendo que os resultados da primeira delas, que
548 incluiu a base de dados de 2005 e análise por porte, segmentação e dimensão,
549 foram anunciados em setembro de 2006. Nessa ocasião, Dr. Afonso contou que
550 houve divulgação de duas listas – das operadoras com dados inconsistentes ou
551 que não haviam enviado dados e obtiveram IDSS zero, e outra lista das
552 operadoras classificadas por modalidade, porte e ordem alfabética nas quatro
553 faixas do IDSS: 0,0 a 0,24; 0,25 a 0,49; 0,50 a 0,74; 0,75 a 1,0. Frisou que as
554 listas eram sempre divulgadas em ordem alfabética e mostrou quadro-síntese
555 com os IDSS das operadoras e chamou a atenção para a variação do total de
556 indicadores: na primeira fase foram 23; na segunda fase, primeira etapa, 41, e
557 na segunda etapa, 39; e para a terceira fase estavam previstos 58 indicadores.

558 Comentou que nessa terceira fase, prevista para dali a um ano, a Agência estava
559 programando novos indicadores, em especial na dimensão “atenção à saúde”, no
560 qual informou que havia um novo sistema de informação de produtos coletando
561 outros dados para construir outros indicadores de atenção à saúde. Na sequência,
562 fez algumas considerações antes de dar início à apresentação dos resultados da
563 segunda etapa da segunda fase. Revelou que a base de dados era de 2006 e que
564 haviam sido utilizados 39 indicadores, sendo que 37 eram os mesmos da primeira
565 etapa. Explicou que a inclusão desses dois indicadores marcava a diferença entre
566 as duas etapas, além de, no processamento de dados da segunda etapa, terem
567 sido acrescentadas novas críticas com o objetivo de verificar a inconsistência dos
568 dados enviados pelas operadoras. Informou que, conforme descrito na RN 139, a
569 Agência realizou um pré-processamento e repassou para as operadoras, em
570 primeiro de junho de 2007, a fim de que elas tivessem a oportunidade de rever a
571 respectiva base de dados, corrigir inconsistências e falhas de envio. A partir de 24
572 de julho daquele ano, fora realizado o processamento final, cujo resultado seria
573 apresentado em seguida. O assessor da DIPRO destacou que, em 2005, 44% das
574 operadoras haviam sido avaliadas, ao passo que, em 2006, a situação se
575 invertera, chegando ao patamar de 56%. Acrescentou que houve também
576 diminuição das empresas com inconsistências – de 54% para 42%. Assinalou
577 que, no caso de operadoras médico-hospitalares avaliadas, o percentual passara
578 de 49% (2005) para 59% (2006), e que, nas odontológicas, os percentuais de
579 empresas avaliadas que enviaram os dados corretamente, os percentuais
580 subiram, respectivamente, de 33% para 50%. Prosseguindo, Dr. Afonso registrou
581 o crescimento do percentual de operadoras avaliadas em todas as modalidades:
582 autogestão – de 48% para 58%; autogestão patrocinada – de 57% para 63%;
583 cooperativas médicas – de 65% para 84%; filantropia – de 69% para 75%;
584 medicina de grupo – de 34% para 41%; seguradora em saúde – manteve os
585 100% nas duas etapas; cooperativas odontológicas – de 52% para 69%; e
586 odontologia em grupo – de 25% para 42%. Ressaltou que, embora os anos
587 avaliados não mostrem a totalidade das operadoras avaliadas, as empresas
588 contempladas respondem pela maioria dos vínculos de planos privados de saúde.

589 Em relação à segmentação, mencionou que, em 2006, 59% das operadoras
590 médico-hospitalares avaliadas no total respondiam por 92% dos vínculos, dentre
591 as odontológicas, o quadro era de 50% de operadoras avaliadas para 92% dos
592 vínculos - o que configurava melhora significativa e no geral, de todas as
593 operadoras médico-hospitalares e odontológicas. Constatou, assim, que, naqueles
594 dois anos, o maior percentual de beneficiários com planos de saúde concentrava-
595 se nas operadoras que estavam sendo avaliadas. No tocante ao “índice de
596 desempenho por porte e segmento, ponderado pelo n° de beneficiários”,
597 considerou que havia pouca diferença da avaliação de desempenho das
598 operadoras (pequeno, médio e grande portes): as médico-hospitalares ficaram
599 em torno de 0,54 e 0,59 e as exclusivamente odontológicas, entre 0,4 e 0,5. em
600 contrapartida, Afonso Teixeira assinalou que, no que se refere ao índice de
601 desempenho por dimensão, a diferença aparece: no segmento médico-hospitalar,
602 a “satisfação do beneficiário” chega a 0,736, e no segmento odontológico, chega
603 a 0,964; em quanto que em “atenção à saúde”, os resultados chegam,
604 respectivamente, a 0,474 e 0,424, ambos abaixo do desempenho médio de 0,5
605 para a dimensão. Comentou que a própria ANS reconhecia a necessidade de
606 constante revisão de indicadores para a dimensão “satisfação do beneficiário” de
607 modo a capturar a informação com maior acuidade. Revelou que os instrumentos
608 utilizados para capturar os dados foram os autos de infração, os quais mediam
609 somente erros e insatisfações bem evidentes, já constatadas ou sob a forma de
610 queixas. No que se refere a “percentual de operadoras por intervalo de IDSS e
611 modalidade”. Declarou que seriam divulgadas duas listas: de operadoras com
612 IDSS zero e de operadoras classificadas nas quatro faixas anteriormente
613 mencionadas. Informou que a maior parte das empresas (90%) apresenta
614 desempenho médio, próximo dos 0,5 do IDSS e mencionou que, comparando os
615 dois períodos analisados, a maioria das empresas estava concentrada no intervalo
616 de 0,5 a 0,74 e, em segundo lugar, no intervalo de 0,25 a 0,49. Na seqüência,
617 falou sobre as metas, avanços e perspectivas do programa de qualificação,
618 enfatizando com metas futuras: (a) em relação às operadoras – “atuarem como
619 gestoras de saúde, oferecendo o conjunto de intervenções necessárias à

620 promoção e recuperação da saúde do beneficiário”; (b) em relação aos
621 beneficiários – “adquirirem consciência sanitária, sabendo exigir seus direitos e ao
622 mesmo tempo assumindo sua parcela de responsabilidade na promoção,
623 prevenção, na busca de maior autonomia e de menos medicalização”; e (c) em
624 relação a ANS – “aprimorar-se como órgão qualificado e eficiente para regular um
625 setor que objetiva produzir saúde”. Afirmou que o programa de qualificação vinha
626 demonstrando ser um instrumento com potencial de induzir as operadoras a
627 melhorar a qualidade dos serviços prestados e aclarar o desempenho destas.
628 Enumerou como avanços: (a) implementação de condições objetivas para o
629 aperfeiçoamento da regulação indutora e normativa da ANS; (b) indicação da
630 importância do Sistema de Informação, como insumo estratégico de análise do
631 setor e da tomada de decisão, estabelecendo as condições para a implantação do
632 TISS; (c) ações efetivas das operadoras na melhoria da qualidade dos dados
633 constantes nos sistemas de informação da ANS; (d) ampliação do debate sobre
634 *modelo de atenção à saúde*, fundamentado na integralidade do cuidado e na
635 implementação das linhas de cuidado; (e) explicitação da necessidade de se
636 adotar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e de regulação
637 assistencial; (f) potencialização do trabalho integrado de todas as Diretorias da
638 ANS, com articulação junto ao Ministério da Saúde e instituições de referência;
639 (g) ampliação da agenda para a definição de diretrizes para incorporação e
640 avaliação de tecnologias em saúde; (h) desenvolvimento de pesquisas e acúmulo
641 de maior conhecimento do setor; e, (i) construção do setor da Saúde
642 Suplementar como pertencente ao campo da produção da saúde; (j) qualificação
643 do processo regulatório. Dr. Afonso anunciou que os resultados que acabara de
644 apresentar já se encontravam disponíveis no sítio eletrônico da ANS. Antes de
645 concluir a apresentação, o Assessor Especial da DIPRO observou que o formato
646 do documento, que reunira a lista das 1.123 operadoras qualificadas, era
647 semelhante ao divulgado no ano anterior e que a consulta poderia ser feita pelo
648 nome da operadora ou pelo número do registro. **ITEM III – COMPONENTE**
649 **INSTITUCIONAL DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE**
650 **SUPLEMENTAR** – Dr^a **Alexia Luciana Ferreira**, Gerente-Geral de

651 Acompanhamento Institucional, destacou que, a partir do processamento 2006,
652 ficara estabelecida a necessidade de integrar dois instrumentos de avaliação da
653 ANS – o contrato de gestão e o programa de qualificação institucional, que
654 constituiriam um sistema de avaliação interna da Agência. Dessa forma, relatou
655 que haviam sido elaborados indicadores de resultado para o contrato de gestão e
656 indicadores de processo para a qualificação institucional. No tocante ao contrato
657 de gestão, explicou que este fora construído sob o formato de árvores de
658 indicadores, com os seguintes eixos direcionais: (a) qualificação da saúde
659 suplementar; (b) desenvolvimento institucional; (c) sustentabilidade do mercado;
660 e, (d) articulação institucional. Acrescentou que, dentre cada um desses eixos,
661 havia índices relacionados a “cidadãos-usuários”; “interação com a sociedade”;
662 “resultados orçamentários e financeiros”; “resultados relativos a pessoas”;
663 “resultados relativos a suprimentos”; “resultados relativos a serviços e produtos”;
664 e, “processos de apoio e organizacionais”. Contou que o índice para cada um
665 desses resultados era aferido a partir de um conjunto de indicadores. Citou, como
666 exemplo, os resultados relativos a “cidadãos-usuários”, que correspondiam à
667 proporção de operadoras com programas cadastrados de promoção à saúde e
668 prevenção de doenças, o acompanhamento da atenção à saúde no âmbito da
669 saúde suplementar, a efetividade na redução do índice médio de reclamações e o
670 índice de conhecimento e aprovação da ANS pelo público externo. Destacou que o
671 objetivo da Agência do IDI (Índice de Desempenho Institucional) era aferir a
672 capacidade da Agência nos processos que realizam sua missão institucional e que,
673 das quatro dimensões do Programa de Qualificação Institucional haviam sido
674 escolhidos para essa avaliação: “Processos Regulatórios” e “Desenvolvimento
675 Institucional”. Explicou que “a pertinência destas duas dimensões foi analisada a
676 partir da articulação e compatibilização dos indicadores propostos no Contrato de
677 Gestão, no Planejamento Estratégico, nos relatórios de progresso de cooperação
678 internacional e no próprio projeto de Qualificação Institucional, de tal forma que
679 os mesmos não se sobreponham e que possam refletir diferentes momentos do
680 processo organizativo da instituição.” Apresentou, na sequência, a matriz com os
681 resultados, assinalando que em “processos regulatórios” foram abrangidos todos

os processos da ANS que têm por objetivo dar corpo à ação regulatória da instituição, a saber: efetividade da identificação de atendimentos para fins de ressarcimento ao SUS; índice de efetividade de direção técnica; índice de conclusão de direções fiscais e técnicas; índice de inscrição de dívida ativa; efetividade do acompanhamento de operadoras; índice de medidas regulatórias pró-ativas; efetividade de recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde – TPS; e, taxa de conclusão de processos finalísticos. Observou que a análise de todos esses processos formava um indicador composto e que, no desempenho da dimensão, a metodologia para se chegar aos índices era a mesma adota no Programa de Qualificação. Os indicadores de Desenvolvimento Institucional foram os seguintes: difusão do conhecimento; índice de resposta institucional a processos finalísticos; índice de divulgação do Caderno de Informação de Saúde Suplementar de beneficiários, operadoras e planos; capacitação de pessoal; concentração de horas de treinamento por servidor; taxa de conclusão de processos meio de infra-estrutura; índice de atendimento do suporte de informática; e, índice de apuração de demandas institucionais. Anunciou que o resultado do IDI (0,73) era a média entre essas duas dimensões – “Processos Regulatórios” (0,67) e “Desenvolvimento Institucional” (0,79). Destacou que, em relação à dimensão “Processos Regulatórios”, os indicadores “Efetividade do acompanhamento de operadoras” e “Taxa de conclusão de produtos finalísticos” havia impactado de forma negativa no resultado. Comentou que isso significava dizer que, embora houvesse ocorrido melhora importante e efetiva no atual processo de trabalho, a Agência ainda sofria impacto dos passivos processuais, o que correspondia a uma grande quantidade de processos iniciados em anos anteriores. Em relação à dimensão “Desenvolvimento Institucional”, afirmou que o resultado de 0,79 refletia o investimento da Agência na qualificação de seus servidores. Ressaltou que o resultado global do IDI (0,73) assinalava um esforço significativo da Agência na qualificação de seus processos, mas, ainda, para uma margem importante de melhora. Afirmou que, o Programa de Qualificação traz como repercussão mais importante o desenvolvimento de uma prática de avaliação pelas gerências da

713 ANS relacionada a produzir informação sobre o seu próprio processo de trabalho.
714 Acrescentou, ademais, que a Agência construía um instrumento e todo um
715 processo de debate orientado para gerar melhoria do desempenho. Explicou, a
716 partir de exemplos, que a análise do desempenho de um indicador era comparada
717 a outros resultados, de forma transversal ao conjunto das áreas envolvidas nos
718 processos, ressaltando que um dos critérios para a escolha dos indicadores fora
719 exatamente a transversalidade em relação aos processos da ANS. Finalizou
720 relatando que ao final dessa avaliação, propostas de intervenção eram então
721 avaliadas e implantadas pelas gerências responsáveis pelo processo de trabalho.
722 Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da FENASEG, disse ao Dr. Fausto que a
723 Federação apóia qualquer tipo de programa de qualificação, que considerava ser
724 importante tanto para o mercado quanto para o consumidor, pois norteia os
725 melhores caminhos e as melhores práticas. Admitiu, no entanto, que continuava
726 crítico com relação à robustez dos indicadores e sugeriu que fosse feita uma
727 revisão dos percentuais atribuídos aos indicadores, em especial da atenção à
728 saúde em relação ao econômico financeiro. Como segundo ponto de sua
729 intervenção, Dr. Marco Antônio anunciou que gostaria de deixar registrado que,
730 no ano anterior, a FENASEG encaminhara para a ANS um trabalho realizado por
731 empresa especializada, sobre o qual a Agência fizera comentários, que foram
732 posteriormente questionados pelo pesquisador, mas sobre os quais não houve
733 uma segunda resposta. O representante da FENASEG indagou se as 806
734 empresas que continuavam a não enviar informação eram recorrentes e quais
735 foram os encaminhamentos adotados em relação tais empresas. Dr. **Adriano**
736 **Matheis Londres**, da CNC, reportou-se à reunião do ano anterior, quando foram
737 apresentados os primeiros resultados do programa de qualificação, para lembrar
738 que a CNC e outras entidades haviam chamado a atenção para a necessidade de
739 inclusão de alguns indicadores no quesito econômico financeiro. Observou que
740 haviam sido feitas alterações e indagou se os indicadores incluídos eram de
741 solvência. Dr. **Florisval Meinão**, da AMB, cumprimentou os presentes dizendo
742 ser a sua primeira participação como representante da Associação Médica
743 Brasileira. Falou sobre sua satisfação em participar da CSS e, ao lado de seus

744 colegas do CFM e do titular da AMB, Dr. Amílcar, que não pudera comparecer,
745 contribuir com as posições da classe médica para aprimorar a qualidade de
746 atendimento na Saúde Suplementar. Parabenizou a ANS pelo programa de
747 qualificação, pois se tratava de instrumento de transparência para todos os
748 usuários do sistema e que também conferia credibilidade para a população como
749 um todo. Confessou-se preocupado em relação aos índices apresentados, em
750 especial “atenção à saúde”, uma vez que isso reflete a qualidade do serviço que é
751 prestado ao usuário. Comentou que, como médico atuante dentro do sistema,
752 não era essa a impressão que tinha e mostrou-se preocupado e surpreso com o
753 fato de que os melhores índices eram “econômico financeiro” e “satisfação do
754 usuário”. Ponderou que a satisfação do usuário era algo muito relativo,
755 argumentando que o Sistema Único de Saúde, mesmo com toda a crítica, possuía
756 bom índice de aceitação por parte da população. Disse, ainda, que não tinha
757 como deixar de vincular a segunda parte da reunião com a primeira, que
758 abordara a nova proposta de fiscalização da Agência. Alegou não conhecer os
759 detalhes de como vinha sendo feita a fiscalização dentro da ANS e contou que
760 alguns anos antes, a Associação Paulista de Medicina, da qual ele é vice-
761 presidente, abriu um espaço em seu sítio para reclamações de usuários de plano
762 de saúde, em São Paulo. Relatou que muitas das reclamações foram enviadas
763 para a ANS, na ocasião, mas que a Agência não conseguira dar respostas
764 adequadas às questões dos usuários, que eram prementes e necessárias, uma
765 vez que envolviam questões sobre reajustes e coberturas. Considerou que a
766 melhora dos índices seria alcançada a partir dos dados apresentados no âmbito
767 do programa de qualificação e do modelo ampliado de fiscalização, com a
768 participação de outros segmentos. Nesse particular, sugeriu a inclusão de
769 representantes de prestadores de serviço na avaliação da fiscalização, pois eram
770 profissionais que atuavam na ponta, em contato direto com o usuário do sistema,
771 e conheciam o impacto das dificuldades existentes dentro dos sistemas. Na
772 seqüência, Dr. **Fausto** pediu desculpas ao Dr. Florisval por não tê-lo apresentado
773 aos demais membros da CSS no início da reunião, como era de praxe, e passou a
774 palavra a Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, que ressaltou a importância da

775 política de qualificação do setor de saúde suplementar, principalmente para a
776 garantia de uma assistência integral à saúde do beneficiário, que, segundo ela,
777 era o que todas as operadoras estavam buscando. Considerou que não estavam
778 sendo avaliadas algumas variáveis que diferenciavam sobremaneira as
779 operadoras avaliadas e poderiam influenciar diretamente nos resultados
780 alcançados, a saber: (a) abrangência geográfica da operadora; (b) presença de
781 beneficiários onde não há qualquer opção de atendimento – disse que isso era
782 freqüente na autogestão, em especial no interior do país; (c) perfil da população
783 beneficiária por idade; (d) programas de promoção da saúde e prevenção de
784 doenças, cujos resultados deveriam ser melhor avaliados na Dimensão “atenção à
785 saúde”, uma vez que muitos beneficiários percebiam esse tipo de ação como
786 restrição ao atendimento; e, (e) elevado índice de cesarianas – variável que não
787 depende somente da ação das operadoras, mas de um conjunto de medidas, a
788 exemplo da conscientização da parturiente, adesão dos médicos e das entidades
789 médicas. Concluiu indagando como essas variáveis poderiam ser ponderadas na
790 avaliação para conferir um resultado mais efetivo e mais real do trabalho que a
791 operadora vem desenvolvendo. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, perguntou ao
792 Dr. Fausto qual seria a punição para as 806 operadoras que não haviam cumprido
793 as exigências da ANS e continuavam circulando, livremente, no mercado,
794 prejudicando 8% dos usuários. Mostrou-se indignada com o fato e atribuiu tal
795 desobediência à falta clareza nas regras. Manifestou apoio à sugestão do Dr.
796 Florisval de articular parcerias com entidades médicas e outros conselhos de
797 profissionais de saúde para intensificar a fiscalização. No tocante à qualificação,
798 assinalou a importância do ressarcimento ao SUS, pois “sem recurso e sem
799 dinheiro nada andava”. Indagou como estava ocorrendo a fiscalização em relação
800 ao ressarcimento e sugeriu que a ANS se mostrasse mais para a população no
801 sentido de orientar os interessados em contratar planos de saúde. No que se
802 refere ao registro de operadoras, questionou qual seria a posição da ANS frente a
803 empresas experientes no mercado, a exemplo da FENASEG, Sulamérica e
804 Bradesco, que não mais admitiam contratos individuais. Defendeu que era preciso
805 o controle mais rigoroso da Agência sobre planos coletivos vinculados a contratos

806 empresariais e as conseqüências para o usuário, como interrupção da assistência,
807 cancelamento do plano e perda das carências. Lembrou que esses eram temas
808 que vinham sendo discutidos havia dez anos, mas que sempre parecia ser
809 assunto novo. Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, parabenizou a
810 Agência pela apresentação do trabalho e mostrou-se satisfeito com a melhora do
811 setor, não só no aspecto das informações, mas também no aspecto da
812 qualificação. Reiterou comentários de outros membros da CSS quanto aos
813 percentuais atribuídos aos indicadores e sugeriu que fosse avaliada a
814 possibilidade de se incluir indicadores relativos à responsabilidade social das
815 empresas, no processo de qualificação. Dr. **Fausto dos Santos** dirigiu-se ao Dr.
816 Marco Antônio Antunes para declarar que desconhecia a tréplica feita pela
817 consultoria da FENASEG e se o documento se encontrava em área técnica da ANS
818 para resposta. Com relação aos indicadores de solvência, informou que o Dr.
819 Fábio Fassini, da ANS, falaria sobre o assunto e, no que se refere à preocupação
820 do Dr. Florisval, da AMB, quanto ao desempenho do índice de atenção à saúde,
821 afirmou que, se por um lado, isso era preocupante, por outro, evidenciava o
822 impacto da consolidação dos sistemas de informação das operadoras. Considerou
823 que a Agência teria uma avaliação mais precisa acerca do desempenho da área
824 assistencial no decorrer da terceira etapa da qualificação e da implantação do
825 TISS. Concordou, contudo, que a questão não deixava de ser preocupante e
826 mencionou livro de autor americano sobre o diagnóstico do sistema de saúde nos
827 Estados Unidos para assinalar que este era muito semelhante ao sistema privado
828 de saúde no Brasil. Considerou que em ambos os sistemas havia um número
829 elevado de procedimentos, cuja análise, a depender do foco, poderia fazer oscilar
830 para cima (em termos de desempenho de produção) ou para baixo (em termos
831 de promoção da saúde) os índices. Dessa perspectiva, afirmou que a baixa
832 performance da atenção à saúde reforça a idéia de que cabia à agência
833 reguladora realizar uma indução maior junto às operadoras. Com relação à
834 observação feita pela Dr^a Marília, da UNIDAS, anunciou que a discussão dos
835 aspectos mais relacionados aos indicadores seria realizada durante seminário
836 específico, programado para o dia 8 de outubro daquele ano. Referindo-se ao

837 índice de cesarianas, observou que era preciso criar incentivos necessários para
838 que os médicos pudessem acompanhar o parto normal e para que as parturientes
839 optassem por esse procedimento. Citou a existência de estudos que mostravam
840 as vantagens do parto normal e disse que o desafio estava em encontrar as
841 estratégias adequadas de intervenção. Relatou, ainda, a realização de audiência,
842 da qual a Agência participara, com o Ministério Público, ocorrida em São Paulo no
843 dia anterior ao daquela reunião, com vistas a discutir o índice elevado de
844 cesarianas no País. Quanto aos comentários da Dr^a Renê Patriota, da ADUSEPS,
845 afirmou que o ressarcimento ao SUS é um dos indicadores de estrutura e
846 operação destinado a balizar essa avaliação. Esclareceu, ainda, que as
847 operadoras que não haviam apresentado informações consistentes ou que não
848 havia apresentado quaisquer informações eram as mesmas que foram excluídas
849 do processo de autorização de funcionamento. Frisou que tal situação
850 correspondia à herança de um passado no qual inexistia a regulação de parcela
851 importante do mercado, que estava ainda sendo processada, com o devido
852 cuidado, pela Agência. Explicou que não era recomendável sair fechando
853 empresas “a rodo”, sob pena de descontinuidade de atendimento pela ausência
854 de alternativas adequadas para absorção das respectivas carteiras de usuários.
855 Contou que a Agência vinha colocando empresas em regime de direção fiscal e
856 liquidando aquelas que não conseguiam sair, e frisou que, conforme o atual
857 normativo em vigor, nenhuma empresa podia entrar em operação sem cumprir as
858 exigências e obter o devido registro. No tocante à publicidade institucional para
859 aumentar o conhecimento da presença da ANS na sociedade, observou que os
860 recursos do órgão eram limitados e não permitiam o financiamento de campanhas
861 massivas. Disse que a alternativa era investir em mídias específicas e um pouco
862 em televisão. No que se refere a operadoras que somente ofereciam planos
863 coletivos, salientou que se tratava de opção comercial dessas empresas e que
864 não existia no marco regulatório a possibilidade de coerção. Frisou que as
865 empresas que haviam optado por não comercializar planos individuais e o
866 estavam fazendo conforme a regra definida pela Agência não podiam ser
867 acusadas de burlar a legislação. Enfatizou que não havia um “desabastecimento”

868 de planos individuais, mas talvez a oferta de planos individuais caros, o que
869 configurava uma outra discussão, uma vez que a ANS não regula o preço de
870 entrada. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, pediu a palavra e, referindo-se à fala
871 de Dr. Fausto de que o Ministério Público iria determinar o índice aceitável de
872 cesarianas no País, declarou que a ANS precisava entrar nessa discussão tendo
873 em conta a vinculação entre SUS e saúde suplementar. Destacou as distorções
874 entre os percentuais de parto normal nas redes pública e privada de saúde e
875 enfatizou quanto a necessidade de a Agência e o próprio Ministério da Saúde
876 discutir o assunto sem ficar esperando pelo Ministério Público. Dr. **Fausto**
877 ressaltou que a Agência já estava engajada no debate, tendo inclusive participado
878 da audiência com o MP e comentou que fizera o comentário em tom de
879 brincadeira. A representante da ADUSEPS insistiu em obter resposta com relação
880 ao convênio que seguradoras de Pernambuco haviam firmado com cooperativa de
881 anestesistas, com prejuízo para os consumidores que tinham dificuldade em
882 receber o ressarcimento dos valores cobrados pelos anestesistas. Argumentou,
883 ainda, que o plano individual mais vendido era aquele em regime de co-
884 participação, de modo que o consumidor acabava indo para o SUS, por exemplo,
885 na hora de compartilhar com a operadora a diária de UTI. Antes de responder à
886 Dr^a Renê e encerrar a reunião, Dr. **Fausto** passou a palavra ao Dr. Fábio Fassini,
887 da ANS, para esclarecimento quanto aos indicadores de solvência solicitado pelo
888 Dr. Adriano Londres, da CNC. Dr. **Fábio** declarou que a liquidez de solvência das
889 operadoras vinha sendo tratada desde a primeira fase da qualificação. Explicou
890 que, além dos oito indicadores clássicos descritos na literatura financeira, a ANS
891 introduzira mais dois, que ele classificou como mais robustos sob o ponto de vista
892 de liquidez e de solvência, pois estavam focados na análise da liquidez real da
893 empresa, seja em relação ao passivo operacional, seja em relação aos ativos
894 garantidores. Dessa forma, considerou que o novo indicador de liquidez fornecia
895 um panorama de como estava a capacidade de a empresa honrar os seus
896 compromissos de curto prazo, considerando que uma parte de seu patrimônio já
897 estava comprometido no longo prazo. Dr. **Fausto** retomou a palavra e dirigindo-
898 se a Dr^a Renê Patriota, que insistia em obter uma resposta sobre a questão dos

899 anestesistas, argumentou que, do ponto de vista formal da Agência, as
900 operadoras tinham que oferecer a integralidade da atenção e que a anestesia
901 fazia parte dessa atenção. Assim, uma vez notificada de que os beneficiários não
902 estavam recebendo essa assistência, a Agência precisava discutir alternativas
903 com as operadoras ou eventualmente promover a autuação destas. Afirmou que a
904 autuação ou aplicação de multa não resolveria, por si só, o problema, visto que
905 havia uma série de questões envolvidas para além do simples direcionamento
906 operadora-profissional, as quais não estavam em debate naquele momento.
907 Reiterou que o assunto já estava sendo processado pela ANS e enfatizou que a
908 solução deste estava além da vontade do presidente da ANS. **ENCERRAMENTO** –
909 Dr. Fausto dos Santos agradeceu a todos pela disponibilidade em comparecer à
910 reunião, destacando que os três últimos encontros da CSS haviam trazido pautas
911 com questões estruturantes para o setor. Anunciou a realização de mais uma
912 reunião em 2007, na qual esperava contar, mais uma vez com a presença de
913 todos, e declarou encerrada a sessão.

914
915
916
917
918

919 Agência Nacional de Saúde Suplementar

920 Ministério da Fazenda

921 Ministério da Previdência Social

922 Associação Médica Brasileira – AMB

923 Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde - ADUSEPS

- 924 Associações de Consumidores de Planos Privados de Saúde – PRO TESTE
- 925 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB
- 926 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 927 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 928 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN
- 929 Conselho Federal de Medicina - CFM
- 930 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS
- 931 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 932 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 933 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 934 Empresas de Odontologia de Grupo - SINOG
- 935 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 936 Força Sindical
- 937 Fundação PROCON - São Paulo

938 Fundação PROCON - São José dos Campos

939 Segmento de Autogestão da Assistência à Saúde - UNIDAS