

**ATA DA QÜINQUAGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA DE SAÚDE
SUPLEMENTAR - CSS**

Às dez horas e trinta minutos do dia vinte e um de fevereiro de dois mil e oito, no Salão Dourado do Hotel Glória, na Rua do Russell, nº. 632, na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quinquagésima 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 11 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. Adriano Matheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Dr. Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, da Agência Nacional de Saúde Suplementa – ANS; **Dr. Álvaro Luiz Salgado Pinto**, do Conselho Federal de Medicina – CFM; **Dr. Antônio Ielmo Capel Alarcon**, do Sistema Nacional de Cooperativa Odontológicos – UNIODONTO; **Dr. Benício Paiva Mesquita**, do Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Dra. Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia**, do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Dra. Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, do Ministério da Saúde – MS; **Dr. Dante Montagnana**, da confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Dr. José Carlos de Souza Abrahão** da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Dr. Eduardo Menezes Meireles**, do Ministério da Previdência Social – MPS; **Egberto Miranda Silva Neto**, do Sistema Nacional de Cooperativa Odontológicos – UNIODONTO; **Dr. Fernando Coelho Neto**, da Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Dr. Florisval Meinão**, da Associação Médica Brasileira – AMB; **Dr. José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar – UNIMED; **Dr. José Mário Morais Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Dra. Josefa René Santos Patriota**, da Associações de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde – ADUSEPS; **Dr. Leandro Fonseca da Silva**, do Ministério da Fazenda – MF; **Dr. Luís Plínio Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Dr. Luiz Roberto Tenório**, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Dr. Márcio Serôa Coriolano**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG; **Dr. Marco Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

36 – FENASEG; **Dra. Maria Inês Dolci**, da Associação Brasileira de Defesa do
37 Consumidor – PRO TESTE; **Dra. Marília Ehl Barbosa**, da União Nacional das
38 Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Dr. Paulo Guilherme Barroso**
39 **Romano**, da Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Dr. Reinaldo Camargo**
40 **Scheibe**, do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE;
41 **Dra. Selma do Amaral**, da Fundação de Defesa do Consumidor – PROCON SP; **Dr.**
42 **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da Fundação de Defesa do Consumidor –
43 PROCON SJC. Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, procedeu
44 à abertura dos trabalhos, cumprimentando todos os presentes. Justificou as ausências
45 das representações da Força Sindical e da Associação Franco Blasaglia e comunicou
46 que a CMB estava representada pelo **Julcemar José Ragnini**. Feitas as justificativas,
47 colocou em apreciação a ata da 49ª Reunião Ordinária da CSS, informando que
48 tinham sido acatadas as informações e retificações sugeridas pelo Dr. **Sérgio**
49 **Werneck**, do Procon de São José dos Campos; Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da
50 Uniodonto; e Dr. **Aloísio Tibiriçá Miranda**, do CFM. Desse modo, perguntou se havia
51 mais algum destaque em relação à ata. Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da
52 Unimed, solicitou que constasse na ata a sua indagação acerca de qual o
53 procedimento da ANS quando uma operadora comercializa seus produtos com preço
54 inferior aos praticados por outras, cobrindo suas perdas com outros setores em que
55 atua, pois esta prática desleal e predatória acarretaria o encerramento das atividades
56 por parte de muitas operadoras de odontologia. O Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon**,
57 da Uniodonto, também fez um destaque à ata e encaminharia o texto à Secretaria da
58 Câmara, para ser contemplado. **Não havendo outros destaques, o Diretor**
59 **Presidente da ANS considerou aprovada a ata da 49ª Reunião, com as**
60 **considerações.** Antes de entrar nos itens da pauta, o Diretor-Presidente da ANS
61 informou que os integrantes da Câmara responderam à solicitação e enviaram temas
62 para serem discutidos nas reuniões. Disse que as sugestões foram registradas e seriam
63 oportunamente pautadas para debate. Ressaltou que o espaço para indicação de
64 pautas continuava aberto e eventuais sugestões deveriam ser encaminhadas à
65 Secretaria da Câmara. Feita essa consideração, convidou o Dr. **Valcler Rangel**
66 **Fernandez**, gerente de planejamento da ANS, para apresentação do Contrato de
67 gestão assinado pela ANS com o Ministério da Saúde no final de 2007. **ITEM 1 -**
68 **CONTRATO DE GESTÃO** – Dr. **Valcler Rangel Fernandez**, gerente de planejamento
69 da ANS, iniciou a explanação explicando que a Lei nº. 9.961/2000 determina que a
70 administração da ANS regia-se por um contrato de gestão, assinado entre a Agência e

71 o Ministério da Saúde. Atendendo a esse dispositivo, no final de 2007, a ANS assinou
72 Contrato de Gestão com o Ministério da Saúde, que seria válido para 2008. Explicou
73 que o Contrato tinha como objetivo permitir o alinhamento entre as diretrizes
74 estratégicas no plano macro institucional, representado pelo Plano Plurianual (PPA) do
75 Governo Brasileiro e pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) do Ministério da Saúde,
76 pelo Plano de Aceleração do Crescimento adequado à área de saúde e, em uma
77 perspectiva institucional interna, pelos resultados obtidos no Planejamento Estratégico
78 Situacional (PES). Detalhou que esse alinhamento auxiliaria a trabalhar estas
79 ferramentas que, historicamente, enfrentavam dificuldade de promover um grau maior
80 de integração da administração pública. Ressaltou que o acompanhamento do
81 Contrato era feito por uma comissão, composta por representantes do Ministério de
82 Planejamento, Ministério da Saúde e ANS. Salientou ainda que o contrato deve operar
83 como um instrumento de avaliação da gestão pública, constituindo-se em um
84 instrumento de controle social (*accountability*) e de aperfeiçoamento da gestão e
85 desempenho da ANS e servir de referência para o cumprimento das metas para a
86 avaliação institucional do quadro efetivo da ANS. Desse modo, essa ferramenta
87 possibilitaria a ligação entre a produção individual dos servidores da Agência e o
88 alcance das metas mais gerais da ANS. Além disso, o Contrato se constituía em uma
89 ferramenta de integração das dimensões da qualificação, da sustentabilidade, do
90 desenvolvimento institucional e da articulação institucional. Explicou que a construção
91 do contrato foi feita no formato de indicadores, que tiveram como eixos direcionais
92 para formulação: qualificação da saúde suplementar, desenvolvimento institucional,
93 sustentabilidade do mercado e articulação institucional. Acrescentou que a elaboração
94 dos eixos foi feita a partir do Programa GesPública, que uniu os Programas da
95 Qualidade no Serviço Público (PQSP) e Nacional de Desburocratização, e tem por
96 objetivos contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados aos
97 cidadãos, aumentar a competitividade do País, implementar medidas integradas em
98 agenda de transformações da gestão e consolidar a administração pública profissional
99 voltada ao interesse do cidadão e à aplicação de instrumentos e abordagens
100 gerenciais. Acrescentou ainda que o Contrato de Gestão foi construído com a
101 interseção entre eixos direcionais e os seguintes índices gerais: resultados relativos
102 aos cidadãos-usuários, resultados relativos à interação com a sociedade, resultados
103 orçamentários e financeiros, resultados relativos às pessoas, resultados relativos a
104 suprimentos, resultados relativos a serviços e produtos e resultados relativos a
105 processos de apoio e organizacionais. Também fez referência ao quadro resumo da

matriz do conjunto de 26 indicadores acompanhados durante o ano, com avaliações trimestrais da comissão, que resulta em um relatório final já aprovado e avaliado. Também detalhou os indicadores a partir dos quatro eixos direcionais, de acordo com índices gerais. No primeiro eixo direcional, que é o da qualificação da saúde suplementar, estavam contemplados como indicadores: perfil dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças na Saúde Suplementar; desenvolvimento do Anuário de Produtos; educação para o Consumo; aperfeiçoamento da Central de Relacionamento; e proporção de beneficiários em operadoras qualificadas pelo IDSS. No eixo do desenvolvimento institucional estão contemplados os seguintes indicadores: índice de empenho orçamentário; recebimento de receitas realizadas com fontes de recursos próprios; evolução na Avaliação de Desempenho; concentração e aproveitamento de horas de treinamento por servidor; eficiência no uso das licitações eletrônicas; pesquisa de satisfação de demandantes e usuários de produtos e serviços contratados; difusão do conhecimento; gerenciamento eletrônico de conteúdos não estruturados no processo de ressarcimento; e gerenciamento eletrônico de conteúdos não estruturados no processo de fiscalização. O eixo da sustentabilidade de mercado tem como indicadores: proporção de beneficiários em operadoras que enviaram o SIP no âmbito da atenção à saúde; acompanhamento econômico-financeiro; análise atuarial; análise dos planos de recuperação; desenvolvimento das ações de fiscalização referentes às representações; e monitoramento da rede assistencial de operadoras do segmento médico-hospitalar. O último eixo é o da articulação institucional e contempla como indicadores: índice de conhecimento e aprovação da ANS pelo público externo; reestruturação do Programa Parceiros da Cidadania; implantação do padrão de troca de informações em Saúde Suplementar (TISS); implementação de melhorias no processo de ressarcimento ao SUS; índice de atividades de integração com o SUS; e resolutividade da mudança metodológica no processo fiscalizatório. Também fez referência ao quadro consolidado dos 26 indicadores do Contrato de Gestão, segundo os eixos direcionais e índices gerais. Ressaltou que a tentativa era reduzir, cada vez mais, os indicadores no sentido de definir indicadores mínimos para avaliação (de 33, em 2007, para 26, em 2008), que fossem relevantes para alcançar um nível de avaliação da Agência e dar transparência à sociedade dos seus resultados. Nessa linha, explicou que, para cada um dos indicadores, eram atribuídos pesos a partir da avaliação feita no GES-Pública, tendo esses pesos evoluído nos últimos anos, no sentido de dar equilíbrio maior ao conjunto de indicadores. Finalizando, disse que a idéia era que o Contrato fosse uma grande

141 ferramenta de integração interna e da Agência com as políticas governamentais, bem
142 como com o desejável na sociedade, no sentido de obter resultados na saúde
143 suplementar. Acrescentou que essa ferramenta poderia ser vista como um piloto para
144 ser utilizado em outras áreas da administração pública de uma maneira mais ampla e
145 efetiva. Encerrando a apresentação, colocou-se à disposição para maiores
146 esclarecimentos e frisou que o Contrato de Gestão estava disponível no site da
147 Agência. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** agradeceu o Dr. Valcler Fernandez pela
148 explanação e reiterou que o resultado das avaliações, realizadas a cada trimestre,
149 seria disponibilizado no site da Agência para possibilitar o acompanhamento do
150 cumprimento do contrato de gestão. Feita essa consideração, abriu a palavra para
151 manifestações. Dr. **Adriano Matheis Londres**, da CNC, perguntou se a avaliação do
152 Contrato de Gestão de 2007 estava disponível no site. Dr. **Valcler Rangel Fernandez**
153 explicou que o Contrato previa uma avaliação semestral, mas, foram acordadas com o
154 Ministério da Saúde a realização de avaliações trimestrais. De qualquer forma, disse
155 que era preciso ter cuidado com as avaliações trimestrais, que eram internas e, como
156 tal, possibilitavam a redefinição de rumos. Explicou, por exemplo, que o alcance ou
157 não de um indicador não significava um mau desempenho, mas a necessidade de
158 recondução. Informou que as avaliações de 2007 ainda não estavam disponíveis no
159 site, porque a comissão estava concluindo o relatório de avaliação, mas, tão logo
160 fosse finalizado, seria disponibilizado. Acertado isso, as avaliações seriam
161 disponibilizadas permanentemente no site. Dr. **Adriano Matheis Londres**, da CNC,
162 avaliou que seria importante, a exemplo do que foi feito em anos anteriores,
163 apresentar, no início do ano, os resultados do ano anterior. Dr. **Fausto Pereira dos**
164 **Santos** explicou que as avaliações regulares do Contrato em 2007 foram
165 prejudicadas, em virtude da demora na transição dentro do Ministério da Saúde. Disse
166 que a Comissão tinha até março para finalizar o relatório de avaliação, que seria
167 disponibilizado assim que fosse concluído. Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da
168 ADUSEPS, perguntou como era feita a avaliação da qualidade da saúde suplementar
169 e a que o controle da gestão se referia (ANS ou mercado). Também reiterou a
170 solicitação à Agência que apóie as entidades que trabalham com a defesa dos direitos
171 do consumidor, atendendo aos dispositivos da lei de criação da Agência e do Código
172 de Defesa do Consumidor. Lembrou que o Programa Parceiro da Cidadania, realizado
173 pela ANS, promoveu encontros, inclusive em Recife, junto com os Procons, mas não
174 teve desdobramentos. Assim, para se garantir os direitos dos usuários, trabalhava-se
175 com ações civis públicas como uma saída. Finalizando, reforçou a solicitação de

176 esclarecimentos sobre a educação para o consumo e como se dava o processo de
177 fiscalização feito pela ANS. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** disse que o gerente de
178 planejamento da ANS poderia responder às questões relativas ao Contrato e o Dr.
179 Eduardo as questões referentes à fiscalização. Dr. **Valcler Rangel Fernandez**
180 respondeu que a qualificação a qual se referiu na apresentação tratava-se do
181 programa de qualificação executado pela Agência, que contemplava as questões
182 direcionadas à qualificação da saúde suplementar, no que se refere ao
183 desenvolvimento institucional, à qualificação da prestação de serviços e o
184 funcionamento das operadoras. Acrescentou que o Contrato não tinha a pretensão de
185 fazer uma avaliação completa desse processo, mas sim verificar como a Agência
186 portava-se para alcançar os objetivos definidos em cada programa. Para ilustrar, citou
187 como exemplo a execução orçamentária, que se tratava de uma questão interna
188 relativa à eficiência, com utilização de recurso da maneira mais adequada possível e
189 eficácia, garantindo-se que os recursos tivessem os resultados desejados. Nessa
190 linha, reiterou que as dimensões do contrato referiam-se a questões internas da
191 Agência e externas, a exemplo da sustentabilidade do mercado. Explicou que o
192 Contrato estava em processo de permanente aperfeiçoamento e, nessa lógica,
193 destacou a diminuição do número de indicadores, visando alcançar os mais
194 relevantes. Dr. **Eduardo Marcelo de Lima Sales** falou das atividades da ANS
195 voltadas à fiscalização. No caso do Procon de Pernambuco, explicou que se
196 aguardava a organização para iniciar um processo de qualificação da equipe em
197 fiscalização. Disse que, em 2007, a Agência realizou atividades de conteúdo com
198 entidades de defesa do consumidor. Exemplificou que a Fundação Procon de São
199 ministrou palestras sobre as relações de consumo, defesa do consumidor e a relação
200 entre fornecedor de serviços para especialistas da ANS e que foi realizado evento com
201 o Procon de Belo Horizonte, que contou com a participação de operadoras, Procon,
202 Associação das Donas de Casa e Ministério Público. Ressaltou que essas atividades
203 teriam continuidade em 2008, mas seria necessária a aprovação do orçamento para
204 custeá-las. No mais, informou que, além dos eventos com as centrais sindicais e a
205 celebração de convênios, seria realizada reunião conjunta com a CUT, a Força
206 Sindical e a UGT. Também comunicou que foram realizadas reuniões com o Instituto
207 de Estudos de Saúde Suplementar - IESS, que congrega diversas operadoras, no
208 sentido de implantar a Notificação de Investigação Preliminar – NPI. Falou ainda da
209 intenção de iniciar até abril um projeto piloto com as operadoras que possuíam
210 ouvidoria e, posteriormente, fazer um processo de negociação com o mercado, a fim

de constar em resolução normativa, garantindo que as ouvidorias tivessem uma alçada para poder solucionar os casos que lhe chegassem. Ressaltou que a intenção da ANS era estabelecer regras claras e parcerias com as ouvidorias das empresas.

Dra. **Selma do Amaral**, do Procon de São Paulo, fez uma fala sobre as parcerias da ANS com o Procon de São Paulo. Explicou que, em 2007, foi realizada atividade, em São Paulo, onde a ANS e o Procon discutiram como se daria a parceria - objetivo, formato e critérios. Destacou que uma das preocupações do Procon era que essa parceria trouxesse um resultado do ponto de vista do interesse dos consumidores. Disse que as diretorias do Procon estavam discutindo internamente a dinâmica de interlocução com a Agência e o plano de trabalho. Detalhou que, a princípio, seriam formados quatro grupos com discussão de temas específicos (capacitação; educação para o consumo; mesas técnicas; e questões específicas que são objetos de conflitos entre consumidores e operadoras, Procon e ANS). Finalizando, disse que seria necessário discutir com a Agência estratégias para firmar parcerias com outras entidades, até via Procon.

Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, insistiu na necessidade de parceria da ANS com os Procons de outros estados, por entender que a fiscalização não existia. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** disse que não era o momento de promover debate sobre fiscalização, mesmo porque o assunto nem estava em pauta.

Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, insistiu na fala para frisar que no Procon de Pernambuco não existia fiscalização e não havia um trabalho conjunto da ANS com o Procon, nem com a ADUSEPS nessa questão. Também disse ser importante discutir a questão dos cursos de capacitação para que as pessoas sejam, de fato, capacitadas. Feita essa fala, o Diretor Presidente da ANS passou ao próximo ponto de pauta.

ITEM 2 - RESULTADO DO RADAR TISS - Dr. **José Leôncio de Andrade Feitosa**, Diretor da ANS, iniciou a sua fala com a informação de que apresentaria os resultados de uma pesquisa sobre a implantação do TISS, especificamente a proporção de troca de informações no padrão TISS. Explicou que o acompanhamento do padrão TISS visava identificar a proporção de troca de informações no padrão TISS por classificação de operadoras e tipos de prestadores de serviço e subsidiar análises que indicassem necessidades e diretrizes para evolução do padrão TISS. Esclareceu que as informações foram coletadas por um questionário, validado pelo Copiss e disponibilizado no site da Agência. Disse que a periodicidade, inicialmente, seria semestral e a partir de dois anos seria feita a cada ano. Destacou que a base de informações foram as guias trocadas no mês de outubro de 2007 e o período de coleta foi 20 de novembro de 2007 a 20 de janeiro de 2008,

com exclusão dos dados de operadoras, especificamente das odontológicas, por não estarem em fase de implantação (prazo limite até novembro de 2008) e de administradoras de planos de saúde por não trocarem informações. Disse que foram enviados 1399 ofícios de requisição de informação para operadoras de plano de saúde privado, excluindo-se as odontológicas e as administradoras e 514 entidades responderam à solicitação. Detalhou o percentual de operadoras por classificação que responderam ao RADAR TISS, sendo: autogestão - 42%; cooperativa médica - 48%; filantrópica - 43%; medicina de grupo - 30%; e seguradoras especializadas em saúde - 84%. Também falou da quantidade de beneficiários cobertos pelo Radar TISS, explicando que as 514 operadoras que responderam correspondiam a 28 milhões e 435 mil beneficiários, tendo sido excluídos apenas 12 milhões. Portanto, mais da metade dos beneficiários estavam cobertos pela resposta de suas operadoras de plano de saúde. Detalhou a quantidade de beneficiários cobertos por Radar TISS, por segmento: medicina de grupo - dez milhões do total de 15 milhões; cooperativa médica - 7,5 milhões de 13 milhões; seguradoras especializadas em saúde - 4 milhões de 5 milhões; autogestão - 4,2 milhões de 5,5 milhões; e filantrópicas - 700 mil de 1,3 milhão. Informou ainda o percentual de participação de operadoras no RADAR TISS por Unidade Federada, destacando que Manaus e Roraima apareciam com a maior proporcionalidade. Explicitou ainda o percentual de troca eletrônica por regiões do Brasil, sendo o Sul com 52%, o Sudeste com 38%, o Centro-Oeste com 20% e o Nordeste com 12% e o Norte com 10%. Em relação ao prestador, detalhou que o percentual de troca eletrônica foi: tipo de laboratório - 66%; pronto-socorro - 36%; consultório - 34%; clínica especializada - 21%; e hospitais - 20%. Comentou ainda o percentual de trocas nos hospitais por estado, destacando o Paraná como o segundo colocado por apresentar uma quantidade grande de empresas e de beneficiários. Em relação ao percentual de troca eletrônica dos laboratórios por estado, citou Santa Catarina, São Paulo e Paraná que estavam à frente dos demais estados e necessitam organizar-se melhor para atender ao TISS. Continuando, apresentou as principais análises do Radar TISS. A troca eletrônica ocorreu mais em São Paulo, Paraná e Santa Catarina; o mecanismo de autorização inicialmente e o número maior foi papel, portal, Web Service, por telefone e TISSnet. No mecanismo de faturamento, também foram, na ordem, papel, portal, empresas de conectividade, TISSNet e Web Service (computadores). No que se refere aos mecanismos de inelegibilidade, destacou o próprio cartão de identificação e a assinatura. Diante desses resultados, destacou as seguintes conclusões: o Padrão TISS está em

processo de implantação em todo o país; as seguradoras especializadas em saúde apresentam maior adesão ao Radar TISS; cooperativas médicas, filantrópicas e autogestões com cerca de 50% de participação no Radar TISS; e medicina de grupo com baixa participação no Radar TISS. As Regiões Sul e Sudeste, bem como os laboratórios, aparecerem com maiores percentuais na troca eletrônica. Em face dessas conclusões, fez algumas reflexões, destacando, a princípio, maior conscientização das organizações em participar de pesquisas e requerimentos de informações da ANS. Também salientou que Projeto de informatização da saúde (e-health) é agenda central das reformas dos sistemas de saúde no cenário internacional e que investimentos em Tecnologia da Informação devem ser coordenados. Destacou que seriam necessárias políticas de fomento para desenvolvimento da tecnologia de informação em saúde, colaboração do setor público e privado e mudanças culturais nas organizações de saúde. Também chamou a atenção para os prazos do TISS, destacando que, em novembro 2008, teriam obrigatoriamente de fazer a troca eletrônica: consultórios isolados, profissionais de saúde ou pessoa jurídica que presta serviço em consultório médico, clínica radiológica em odontologia, consultório odontológico isolado e odontólogo ou pessoa jurídica da área odontológica que presta serviço em consultório. Por fim, salientou que a avaliação preliminar era de êxito na troca eletrônica, considerando que se atingiu a margem de 40%, correspondendo a 28 milhões de beneficiários, como resultado do esforço da equipe da Agência Nacional, das operadoras e das entidades que a representavam. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** acrescentou que o Copis estava em pleno funcionamento, o que possibilitava discutir e equacionar questões relativas à implementação, contribuindo para o êxito da implantação da troca. Avaliou que era preciso comemorar o fato de cerca de 28 milhões de beneficiários estarem em empresas que fizeram as transações eletrônicas, respondendo a entidades que apontavam a necessidade desse processo, a exemplo da Abramge, da CNS, entre outras. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, explicou que, em relação volume de atendimentos, o alcance era maior que o explicitado na apresentação, quando se fazia uma correlação com o volume de pagamentos à rede. Explicou que, no caso da sua seguradora, cujo índice de troca eletrônica com hospitais foi de 40% em outubro, representava em termos de faturamento 86% dos atendimentos no sistema de troca eletrônica. Disse que, no mês de fevereiro de 2008, esse percentual seria maior, por conta do grande esforço da empresa. Avaliou que, do ponto de vista de atendimento à informação, os resultados eram positivos até para agregar informações do radar. Desse modo, destacou que

316 deveria ser dado prosseguimento ao trabalho até mesmo para monitorar o que ocorria.
317 Dr. **Fausto Pereira dos Santos** elogiou, de público, o Bradesco pelo manual sobre o
318 preenchimento do TISS. Dr. **Álvaro Luiz Salgado Pinto**, do CFM, perguntou ao Dr.
319 Leôncio o percentual de transações em papel e realmente eletrônicas. Dra. **Josefa**
320 **Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, quis saber que benefícios o TISS trouxe para o
321 consumidor. Dra. **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, ressaltou a importância do TISS
322 para o setor de saúde suplementar e cumprimentou a ANS pelo levantamento de
323 informações do setor em relação à implantação da troca de informações, através do
324 Radar TISS, pois contribuía para monitorar o mercado. Entretanto, disse que tinha
325 preocupação acerca do segmento de autogestão, que, de forma diferenciada dos
326 demais segmentos, possuía grande população nas Regiões Norte e Nordeste onde se
327 identificou baixos percentuais de troca eletrônica. Também destacou o baixo
328 percentual de troca em relação aos hospitais. Desse modo, perguntou que estratégias
329 seriam adotadas, em especial, a respeito dos prestadores de serviços que não se
330 prepararam e às operadoras que tiveram que se estruturar para garantir a realização
331 da troca de informações ainda através das guias em papel. Concluído esse bloco de
332 intervenções, foi aberta a palavra ao Dr. **José Leôncio de Andrade Feitosa**, que,
333 primeiramente, agradeceu os elogios do Dr. Márcio e reiterou os cumprimentos à
334 Seguradora que ele trabalha. Reiterou também os percentuais de troca eletrônica por
335 região: Sul - 52%; Sudeste - 38%; Centro-Oeste 20,13%; Nordeste – 12%; e Norte:
336 10%. Explicou que o TISS era utilizado por alguns países e ele foi adaptado ao Brasil.
337 Disse que o programa possuía uma redução de custo por troca. Ilustrou como exemplo
338 os Estados Unidos. onde estava implantado há mais tempo, explicando que cada troca
339 tinha o custo de U\$ 2,5 dólar e que, após a implantação por via eletrônica, este custo
340 caiu para U\$ 0,8 centavos. Dessa maneira, destacou que o repasse dessa redução de
341 custos para o consumidor era uma discussão do mercado. Explicou que o TISS
342 tornava mais rápido o processo de internação, de solicitações de exames e
343 internações ou consultas, facilitando, dessa maneira, a vida do consumidor. Além
344 disso, salientou que a obrigatoriedade de troca permitiria a junção entre o cenário
345 epidemiológico do SUS e o assistido pelo setor de saúde suplementar. Também
346 reconheceu o problema do baixo índice de troca dos prestadores hospitalares,
347 certamente por conta daqueles menores e distantes dos grandes centros. Avaliou que
348 essa era uma questão a ser tratada pela Agência, no sentido de convencer e estimular
349 as entidades para a troca de informações. Além disso, lembrou que o TISS estava em
350 discussão desde 2003 e os pequenos hospitais tinham tido tempo para estruturar-se

para a troca de informações. Ressaltou que havia prazo a ser cumprido, o qual não seria prorrogado e sanções previstas no caso da troca não ser feita. Dr. **Álvaro Luiz Salgado Pinto**, do CFM, explicou que na Região Norte era disponibilizada apenas internet por satélite. Desse modo, disse que dificilmente seria possível resolver o problema do baixo índice de troca de informações na Região Norte, sem a disponibilização de internet por banda larga. Dr. **Florisval Meinão**, da AMB, expressou preocupação com a próxima etapa do TISS que seria da implantação nos consultórios médicos. Explicou que a AMB e demais entidades trabalhavam no sentido de mostrar ao profissional a necessidade de adequar-se para a troca de informações. Entretanto, nesse caso seria enfrentada uma série de dificuldades, pois a maioria dos consultórios não estava adaptada para a transferência eletrônica. Pontuou, ainda, que na primeira etapa foram incluídas empresas que já possuíam sistema de informática e conhecimento de transmissão eletrônica e ainda assim houve problemas. Ressaltou que lhe preocupava a possibilidade de problemas na transmissão de informações gerar dificuldades, por exemplo, de recebimento, pelo médico ou prestador de serviços, que dependia exclusivamente do seu trabalho. Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, disse que era preciso avaliar a possibilidade de prorrogação do prazo para a troca de informação, por parte dos consultórios isolados, por entender que esses prestadores teriam dificuldade de cumprir o prazo já estabelecido, por não estarem preparados para utilizar essa tecnologia. Além disso, registrou que não havia lei que obrigava o médico a utilizar o TISS e fazer a troca de informações. Lembrou que, em 2007, a ADUSEPS entrou com ação na Justiça Federal contra o TISS, mas até aquele momento não havia resposta. Disse que considerava interessante algumas questões do TISS, contudo, avaliou que o grande benefício que traria ao consumidor seria a identificação de profissionais da área médica que fraudavam exames e laudos, lesando os consumidores. Dra. **Maria Inês Dolci**, da PRO Teste, perguntou como a Agência estava tratando a questão da informação sigilosa do paciente. Dr. **José Leôncio de Andrade Feitosa**, da ANS, explicou que a Agência tinha preocupação com os consultórios dos médicos, que chegavam a quase 60 mil no país. Contudo, explicou que o TISS facilitaria o trabalho, porque o consultório teria que lidar apenas com um padrão. Avaliou que seria necessário discutir com as entidades uma forma de estimular os consultórios a funcionem conforme determinação da lei. Explicou ainda que o profissional médico não era obrigado a utilizar o TISS, contudo, a operadora somente faria o pagamento àquele que cumprisse o que determina a lei. A outra opção para o profissional seria abdicar dos convênios. Lembrou que a ANS legislava e criava

386 obrigações às quais as operadoras estavam submetidas. Sobre as fraudes,
387 recomendou que fossem denunciadas às autoridades competentes, pois a Agência
388 não era policalesca e não se desejava que fosse. Sobre o sigilo, explicou que,
389 atualmente, era opcional, cabendo ao paciente decidir por ele ou não. Desse modo, o
390 médico somente poderia colocar o CID-10 em qualquer documento com autorização
391 judicial ou do próprio paciente. Contudo, a partir de novembro de 2008, na transmissão
392 eletrônica, o sigilo seria criptografado. Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da
393 ADUSEPS, fez uso da palavra para manifestar o seu entendimento de que a ANS
394 deveria usar de suas prerrogativas legais que o caso requer. Dr. **Fausto Pereira dos**
395 **Santos** respondeu que a ANS tem poder de polícia sobre as operadoras. Para
396 finalizar, destacou que as operadoras possuíam um papel muito importante na solução
397 dos problemas a serem enfrentados pelos prestadores no que se refere à troca de
398 informações. Destacou que os resultados do Radar demonstravam um grande número
399 de transações feitas conforme o padrão TISS. A propósito, concordou que, no caso de
400 mensuração das transações, o número poderia ser maior. Reconheceu também que
401 se enfrentaria problemas locais, por conta da falta de estrutura do país. Reiterou que
402 as operadoras de autogestão, por exemplo, poderiam ter um papel muito importante
403 na garantia de transmissão de informações pelos prestadores. Disse que a Agência
404 trabalharia com questões pontuais, porque, de um modo geral, o conjunto respondia
405 de forma positiva, demonstrando o acerto, por exemplo, das políticas desenhadas no
406 âmbito do Copis e da diretoria. **3 - NOVO ROL DE PROCEDIMENTOS – RN nº. 167 -**
407 Dr. **Fausto Pereira dos Santos** informou que o Novo Rol de procedimentos constava
408 da pauta em razão da solicitação de grande parte dos membros da Câmara. Assim, do
409 ponto de vista da Agência, estava atendendo a uma demanda relacionada à
410 Resolução nº 167, aprovada no ano passado e que entrará em vigor no 2 de abril de
411 2008. A propósito, lembrou que fora feita a edição da Resolução, após várias reuniões
412 com a sociedade de especialistas, como, por exemplo, de urologia, oftalmologia,
413 genética clínica, genética médica, oncologia, além das entidades de profissionais, tudo
414 objetivando dirimir dúvidas a respeito da Resolução. Ainda assim, reconheceu não ser
415 o mérito desse documento uma unanimidade, porque, com certeza, não contemplava
416 todas reivindicações da sociedade de especialistas nem todos os interesses de grupos
417 econômicos. Mas resultou em um documento equilibrado, que ampliou o rol de
418 procedimentos não previstos nas resoluções anteriores, cujo impacto econômico pode
419 ser absorvido pelo setor como um todo. Assim, disse que, a partir da vigência da
420 Resolução, a ANS estruturará um sistema de monitoramento do impacto das ações,

que será levado em consideração na política de reajuste, nas negociações com o setor. Fez, também, alusão de como esse assunto permeou a mídia, principalmente, no mês de janeiro e não por intenção explícita ou implícita da ANS, mas sim porque a saúde suplementar é, via de regra, muito midiaticizada. Na verdade, deixou claro, que o debate desse tema fora feito com muita responsabilidade fora da mídia. Para socializar as informações aos interessados (consumidores, entidades de defesa dos consumidores, empresas, prestadores.) a respeito do rol que envolve quase três mil de procedimentos, disse que estavam sendo produzidas sugestões de fácil acesso ao *site*. Feitas essas considerações e antes de abrir para o debate, solicitou ao Dr. Alfredo Luiz de Almeida Cardoso, que apresentasse o mapeamento feito e que estava sendo disponibilizado no *site*, para facilitar a compreensão do Novo Rol de Procedimentos. Dr. **Alfredo Scaff**, da ANS, explicou que o arquivo estava em PDF, no qual se podia baixar todo o anexo um e dois, que trata do Novo Rol de Procedimentos mesmo e este estava numa planilha de Excel, para que as operadoras, ou quem tivesse interesse, pudesse trabalhar procedimento por procedimento comparativamente. Explicou ainda que fora desenvolvido um arquivo que funciona no sistema operacional Windows, é um arquivo Help Windows, bem pequeno, que pode ser baixado na grande maioria dos computadores disponíveis no Brasil, ou pode ser acessado *on line*. Assim, é possível procurar qualquer procedimento como se fosse o CID 10, Código Internacional das Doenças, que tem um programa parecido com esse. Também é possível fazer *download* de todo o material do *site*. De acordo com a sua fala, tudo foi pensando e construído de forma a facilitar o acesso às informações. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** agradeceu o apresentador e abriu para o debate. Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, das Cooperativas Médicas cumprimentou os presentes e disse que a Unimed do Brasil fora uma das que solicitara que o Novo Rol de Procedimentos fosse pautado. Disse, a seguir, que, na sua compreensão, a responsabilidade da ANS, é de regular o disposto na legislação e não ser um órgão de defesa do consumidor. Lembrou que, no artigo 4º, inciso III, do Código do Consumidor estava claro que um dos princípios basilares do CDC consiste no equilíbrio da relação contratual entre fornecedores e tomadores de serviços. Disse que a Resolução que trata da matéria amplia as coberturas contratuais e que não provocaria nenhuma discussão sobre esse tema. Disse, também, que não ia questionar o aspecto retroativo dessa norma, porque já existiam decisões do STF contra a retroatividade. Avocou, em seguida, o único argumento que vira na mídia, para não ser autorizado o reajuste ou uma contrapartida para o aumento

456 de cobertura, que era a falta de um histórico para demonstrar o que isso poderia
457 representar. Em sua opinião, esse era um argumento frágil, sem fundamentação
458 técnica. Tanto que, se assim fosse, toda a vez que se lançasse um produto novo no
459 mercado, teria que ser fornecido de graça por um ano para que pudesse ter um
460 histórico. A Unimed, disse, fez várias vezes este questionamento, durante a consulta
461 pública e não obtivera retorno da ANS. Para concluir, perguntou qual era a razão de
462 ordem técnica que determinava um aumento de forma retroativa e sem compartilhar os
463 custos com os consumidores. Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, do Procon
464 SJC, interveio no sentido de saber porque o plano de saúde não fazia a cobertura da
465 cama hiperbárica, se era por uma questão de não ter comprovação de sua eficácia ou
466 por uma questão do impacto financeiro. Explicou, que após a divulgação do novo rol
467 de procedimentos, essa era uma questão recorrente nos Procons. Dr. **Márcio Serôa**
468 **Coriolano**, da FENASEG, pediu a palavra para dizer que não voltaria às questões
469 conceituais e da irretroatividade da norma, já suficientemente expostas pela Fenaseg
470 à ANS, mas para tratar de aspectos relacionados aos procedimentos de implantação
471 do novo Rol, que demandam providências complexas de modificações nos sistemas
472 de autorização de procedimentos, regulação e pagamento de sinistros, formação de
473 redes de prestadores, e assim por diante, o que demanda prazo compatível para a sua
474 efetivação. Nesse sentido, fez uma solicitação, já feita pelas operadoras afiliadas, para
475 que a ANS colocasse à disposição o sistema chamado “de/para” para a
476 correspondência entre os antigos procedimentos, os novos procedimentos, os que
477 foram e os que não foram incluídos. Registrou que essa preocupação, além de
478 envolver procedimentos normativos, garantia qualidade do atendimento ao
479 consumidor. As operadoras precisavam, pois, ter disponíveis essas informações o
480 mais rápido possível. Dr. **Benício Paiva Mesquita**, do CFO, falou sobre as
481 preocupações que a mídia mostra no que diz respeito ao custo que a inclusão de
482 novas profissões pode trazer para as operadoras e lembrou que muitas já estavam
483 contempladas, como, por exemplo, a psicologia, fisioterapia. Já a odontologia inclusa
484 na Resolução, considerava um avanço importante e a sua entidade cumprimentava a
485 ANS por essa iniciativa. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIDONTO, disse que, em
486 relação à odontologia, o texto da Resolução estava claro. Persistia, entretanto,
487 confusão na IN-15 em relação ao rol contido na RN 167, e em outros aspectos que
488 precisavam ser clarificados. Lembrou que, na reunião passada, solicitara as
489 apresentações feitas, bem como as da reunião ocorrida no dia 21 de novembro de
490 2007 e não fora atendido. Apoiando a intervenção do Dr. Márcio, reafirmou a

491 necessidade de se deixar muito claro os procedimentos, como, por exemplo, quais os
492 que existiam, os que passaram a ter outros nomes, os que foram unificados e assim
493 por diante. Dra. **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, lembrou que o percentual de
494 reajuste autorizado pela ANS acaba sendo balizador de mercado, apesar de o
495 segmento de autogestão ser formado apenas por planos coletivos. Na verdade, os
496 conselhos deliberativos das entidades de autogestão levam em consideração o índice
497 autorizado pela ANS para definir o reajuste de seus beneficiários e, pelo que a mídia
498 dera a entender, no caso do novo rol de procedimentos, não haveria reajuste, segundo
499 a ANS, uma vez que as operadoras precisavam manter os seus preços competitivos,
500 por conta da concorrência no mercado. Porém, na fala do presidente, houve a
501 confirmação de que haverá o monitoramento e cálculo do impacto financeiro com a
502 atualização do Rol para rever, se necessário, as políticas de saúde suplementar,
503 inclusive a que define o percentual de reajuste do setor. Lembrou que o prazo de
504 adaptação de noventa dias para que as operadoras cumpram o rol de procedimentos,
505 solicitado pela Unidas, foi considerado, porém, ponderou ainda ser insuficiente para as
506 devidas modificações, pedindo ainda que seja avaliada a necessidade de um maior
507 prazo quando de novas atualizações. Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da
508 ADUSEPS disse que o rol de procedimentos começará a vigorar em dois de abril
509 vindouro, isso se a Justiça Federal de Pernambuco não questionar o seu teor. No seu
510 entendimento, o aspecto passível de questionamento jurídico diz respeito à expressão
511 “cobertura mínima”, vez que a lei que trata da matéria garante a assistência para todas
512 as patologias contidas no Código Internacional de Doenças. Assim, a ANS não pode
513 deixar de considerar essa questão, até porque não existe doença sem tratamento e
514 também os contratos anteriores a Lei 9656. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** explicou
515 que o rol de procedimentos não prevê a ampliação de cobertura contratual. De acordo
516 com a legislação, é prerrogativa da ANS instituir e editar um rol de procedimentos e é
517 justamente isso que está fazendo agora. Explicou, ainda, que na sua fala anterior não
518 dissera que as operadoras deveriam absorver o rol de procedimentos e sim as
519 operadoras, prestadoras e consumidores. Nesse aspecto, asseverou que a ANS
520 estava atenta para a importância de manter o equilíbrio entre as partes sem infringir a
521 lei. Nessa linha, mantendo o equilíbrio das relações comerciais entre os tomadores,
522 compradores de planos de saúde e as operadoras, disse que a ANS definia os
523 reajustes. Em relação ao questionamento feito sobre a cama herbárica, falou que Dra.
524 Marta se manifestaria a respeito. Reafirmou, em seguida, o preceito legal que diz
525 “todas as doenças são cobertas sob um rol editado pela ANS” e a Instituição está

fazendo isso e continuará fazendo com mais frequência, o que deverá ser absorvido pelo setor. Finalmente, chamou a atenção para as mudanças previstas na Resolução 167, que, no seu entendimento, referem-se à modernização técnica e trarão benefícios, tanto do ponto de vista econômico como do ponto de vista assistencial.

Dra. **Josefa René Santos Patriota**, da ADUSEPS, primeiramente, disse que as apresentações solicitadas pelo Dr. Egberto estavam à disposição no *site*, no link “eventos”. No que se refere ao sistema “de/para”, informou que não fora ao ar ainda, porque havia procedimentos cobertos por algumas operadoras e por outras não. Então, essa situação diferenciada não permitia o uso desse procedimento. Outro problema enfrentado dizia respeito à alteração da nomenclatura, que não implicava necessariamente na mudança de procedimentos, que entrara ou que saía. Na tentativa de resolver esses vieses, a ANS construiu um sistema que traz informações desde a CONSU 10 até a RN 167, que deve ser disponibilizado em breve na Internet.

Quanto à questão da cama herbárica, disse que para todos os procedimentos colocados no Novo Rol de Procedimentos, ou mesmo em relação aos que foram retirados, considerou-se três aspectos: o estudo da efetividade e da eficiência, o custo e a distribuição na rede. No caso da cama, explicou foi constatado problemas na rede de distribuição e na efetividade, e por esse motivo não fora incluído. Porém, esclareceu que, como o processo é dinâmico, pode evoluir para o atendimento de todas as condições e ser, futuramente, acrescentada ao rol de procedimentos.

ITEM 4 – INFORMES. 4.1. SITUAÇÃO DE REGISTRO DAS OPERADORAS – Dra. **Luciana Silveira**, da DIOPE/ANS, falou sobre o panorama das operadoras, contemplando: a) distribuição das operadoras ativas em 2000, perfazendo o total de 2.723, assim distribuídas: RR (3), AM (15), AC (5), RO (13), MT (26), MS (24), PA (36), AP (6), MA (24), PI (11), TO (6), DF (54), GO (58), BA (82), CE (58), RN (26), PE (56), PB (33), AL (21), SE (15), MG (338), ES (55), RJ (339), SP (962), PR (169), SC (85), RS (203) versus 2008, perfazendo o total de 1.898, assim distribuídas: RR (2), AM (9), AC (3), RO (9), MT (18), MS (20), PA (23), AP (2), MA (19), PI (11), TO (5), DF (42), GO (43), BA (66), CE (49), RN (22), PE (48), PB (25), AL (21), SE (13), MG (218), ES (39), RJ (224), SP (661), PR (105), SC (57), RS (144); b) operadoras ativas por modalidades (seguradora especializada em saúde, cooperativa médica, odontologia de grupo, autogestão, administradora, cooperativa odontológica, medicina de grupo e filantropia); c) autorização de funcionamento das operadoras por modalidades, por porte e beneficiários assistidos (Registro de operadora/autorização: 31.935.689 beneficiários (67%); outras operadoras ativas: 15.966.981 (33%); d) operadoras que receberam

registro de operadora e/ou autorização de funcionamento: somente registro de operadora (273), registro de operadoras e autorização de funcionamento (299) f) quantidade de cancelamento por motivos; g) pendências documentais (dispositivos estatutários que apresentam cláusulas de uni militância, inobservância dos critérios legais para o exercício de cargos diretivos, o objeto social não é exclusivamente voltado para a saúde suplementar, documentos fora dos prazos de validade) e pendências econômico-financeiras (plano de contas padrão diferente do estabelecido na RN 136/06, envio do DIOPS fora do prazo, parecer de auditoria elaborado por um auditor sem registro na CVM e pendências relativas ao PMA e/ou provisão de risco). A seguir, Dra. **Selma do Amaral**, da Defesa do Consumidor/PROCON/SP, interveio para apresentar o problema enfrentado pela sua entidade, referente às pequenas operadoras que colocam suas carteiras à venda e deixam os consumidores sem assistência. No seu entendimento, nem o PROCON nem o Judiciário tem uma resposta para esses casos, por isso, solicitou à direção da ANS que se manifestasse a respeito. Dr. **Julcemar José Ragnini** manifestou-se para registrar que estava muito preocupado com o segmento filantrópico, principalmente, no que se refere ao registro. Disse que Conselho Nacional de Assistência Social, enquanto o registro não fica pronto, está emitindo uma certidão, que não é reconhecida pela ANS. Isso, no seu modo de ver, é uma forma injusta de desqualificar a natureza filantrópica das operadoras. Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, da ANS, concordou que, realmente, existe preocupação com as operadoras que saem do mercado e os consumidores não conseguem transferência para outras operadoras. Na sua avaliação, há, no máximo, cinco nessa situação, o que não deixa de se constituir em problema sério para os consumidores que precisam de assistência. Reconheceu que até a Justiça tem dificuldade em resolvê-lo. Como uma possível saída, sugeriu que, nesses casos, os consumidores procurassem o liquidante. Dra. **Selma do Amaral**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SP, disse que os liquidantes dessas operadoras sequer são encontrados. Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, da ANS, considerou essa informação importante, haja vista que a indicação do liquidante é feita pela ANS. Daí que, no caso de não estar cumprindo com as suas obrigações legais, poderia ser substituído. No que diz respeito às filantrópicas, concordou não ser justo punir as operadoras pela ineficiência de um órgão público que fornece o registro. Entretanto, disse que não cabia a ANS a prerrogativa de classificar como filantrópica ou não as operadoras. Lembrou, também, que o caráter filantrópico podia ser mudado para lucrativo, razão esta para o registro ser fornecido por quem de direito. Dando

seqüência, Dr. **Fausto Pereira dos Santos** explicou que o segundo informe referia-se a cronograma de discussão sobre portabilidade e ressarcimento, prioridades elencadas no PAC da Saúde para o Setor Suplementar. Lembrou que o Programa Mais Saúde contemplava um conjunto de atividades da ANS e, por essa razão, foi proposto dois cronogramas de discussão para o setor, os quais tinham sido apresentados ao Ministro da Saúde. Disse que naquele momento estava ocorrendo uma reunião em Brasília para definição de um grupo dentro do Ministério da Saúde com a finalidade de monitorar as ações previstas no Programa e, na semana seguinte, seria realizada outra reunião sobre esta questão. Destacou que, na próxima reunião da Câmara, seria apresentada proposta de como trabalhar outro conjunto de questões colocadas no âmbito da qualificação do setor, que envolve o debate de acreditação de operadoras, de protocolos clínicos, entre outras questões. Feitos esses esclarecimentos, convidou os expositores para apresentação dos cronogramas. **4.2. EXPOSIÇÃO DO CRONOGRAMA DE DISCUSSÃO SOBRE PORTABILIDADE E RESSARCIMENTO, PRIORIDADES ELENCADAS NO PAC DA SAÚDE PARA O SETOR SUPLEMENTAR** - Dr. **Fábio Dantas Fassini**, da ANS, iniciou explicando que o cronograma é dividido em quatro fases, com término previsto para dezembro de 2008, tendo como destaques: experiências internacionais, parcerias com Ministério da Fazenda e Ministério da Justiça, uma câmara técnica, consulta pública, e uma audiência no Congresso Nacional. Detalhou que a fase 1 congrega as seguintes ações: levantamento de informações e agregação de esforços na formação de parcerias com SEAE e SDE, como exemplos; experiências internacionais coletadas no IAIS e na OCDE; fundamentação microeconômica para as regras de carência; e incentivos à concorrência na visão do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. Na fase 2 estavam contempladas como ações: mapeamento da estrutura de oferta de planos; identificação dos diversos níveis concorrenciais do setor; simulações através de Projeto-Piloto; e apresentação dos resultados preliminares ao Ministério da Saúde. Na fase 3 foram definidas como ações: realização de câmara técnica; realização de consulta pública; e apresentação e aprovação em diretoria colegiada. Na última fase estavam previstas: realização de nova Câmara de Saúde Suplementar para apresentação do relatório conclusivo; realização de audiência no Congresso Nacional; e publicação e implementação dessas regras. Por fim, apresentou uma ilustração do cronograma completo que detalha as ações de acordo com os meses. Em seguida, Dr. **José Leônicio de Andrade Feitosa**, da ANS, apresentou uma proposta de modificação na metodologia do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. Iniciou

631 pelas características do atual modelo do processo do ressarcimento ao SUS, sendo: a
632 possibilidade de impugnação individualizada dos atendimentos identificados; atuação
633 física dos processos; notificação por meio de ofício com AR; análise de todas as
634 impugnações e recursos encaminhados; operadora precisa impugnar e encaminhar
635 documentação comprobatória, ainda que a ANS já disponha das informações
636 necessárias advindas do julgamento de outros processos; cobrança efetuada apenas
637 após o término do processo administrativo; e partilha realizada pela ANS. Diante
638 desse cenário, disse que se definiu quatro pilares para definir propostas voltadas à
639 melhoria da eficiência dos processos do ressarcimento ao SUS. O primeiro deles é a
640 aceitação da declaração da operadora como forma de impugnação em primeira
641 instância. Explicou que esse pilar modernizava a relação da Agência com o mercado,
642 porque seria considerada a declaração da operadora em relação aos clientes (se é
643 dela ou não, se há cobertura ou não, se o plano era antigo, por exemplo). Contudo,
644 destacou que seria feita análise da impugnação por amostragem para verificação,
645 assim como se fazia em relação ao imposto sobre renda, para comprovar a veracidade
646 do processo. No caso de não ser verdadeiro, havia punição por litigância de má-fé
647 processual e, finalmente, por via eletrônica. Explicou que a partir dos quatro princípios
648 foi definida metodologia simples para melhoria da eficiência dos processos do
649 ressarcimento ao SUS, que contempla: aprimoramento do processo de identificação,
650 por via de atuação eletrônica; notificação por meio eletrônico que possibilita mais
651 rapidez e economia; análise de impugnações por amostragem; declaração para
652 impugnação em primeira instância; punição da litigância de má-fé; cobrança no início
653 do processo; redução da quantidade de instâncias decisórias com a supressão da
654 instância da GGSUS; repasse ao Fundo Nacional de Saúde dos recursos
655 arrecadados; e integração do ressarcimento ao SUS com outros processos da ANS.
656 Detalhou que a atuação eletrônica dos processos se daria com o emprego de meio
657 eletrônico baseado em *web* para armazenamento, tramitação e visualização de
658 processos, comunicação de atos e transmissão de peças processuais; sistema
659 informatizado de GED estruturado em *workflow*, com perfis diferenciados de acesso; e
660 emprego de senha pessoal e/ou assinatura eletrônica com certificação digital para
661 garantir a autenticidade, a integridade e o não repúdio dos atos e documentos
662 processuais. Disse que a proposta inicial de cronograma seria discutida pela diretoria
663 colegiada da Agência e rediscutida com o Ministério da Saúde para entrar em
664 funcionamento. Destacou, em especial, a etapa 6 que se referia à publicação da
665 Resolução Normativa e Instrução Normativa, em março, a etapa 7 que se tratava de

666 treinamento interno, a etapa 8, que se referia a estudos de alternativas de
667 apresentação e a 11, em junho, que marcava o início da operação do processo
668 eletrônico, quando o sistema ficaria pronto com certificação total e assinatura digital.
669 Fez um adendo para informar que os prazos poderiam ser ampliados de forma a
670 garantir a discussão aprofundada com o setor. Também informou que, para viabilizar a
671 proposta, seria necessário alterar o artigo 32, da Lei 9.656, nos seguintes termos:
672 inclusão de critérios que permitam à ANS o estabelecimento do universo de
673 procedimentos a serem ressarcidos (dentro dos princípios da legalidade,
674 economicidade, moralidade, publicidade, impessoalidade, eficiência e da
675 razoabilidade); redefinição dos critérios para valoração da TUNEP; e autorização
676 legislativa para o recebimento, pela ANS, de porcentagem do total arrecadado com a
677 finalidade de cobrir os custos administrativos por ela suportados. Detalhou que a idéia
678 era que parte do recurso ficasse no âmbito da Agência para cobrir os custos desse
679 processo, pois a ANS possuía grande contingente de funcionários para realizar o
680 processo de ressarcimento. Por fim, apresentou um o gráfico com cronograma de
681 atividades voltadas às alterações no art. 32 da Lei 9.656/98, destacando que seria
682 necessária discussão aprofundada sobre a forma como se daria a mudança legal.
683 Disse que essa e outras questões seriam discutidas no colegiado da Agência, mas
684 poderiam ser apresentadas sugestões à proposta. Dr. **Fausto Pereira dos Santos**
685 destacou que, a partir do lançamento do Programa Mais Saúde, a discussão sobre
686 ressarcimento e portabilidade vinha sendo feita e tratada na mídia. Explicou que a
687 apresentação dos cronogramas visava tranquilizar os integrantes do setor, pois o tema
688 seria profundamente debatido, com a ampla participação dos integrantes do setor e
689 inclusive do Congresso Nacional. Esclareceu que as duas propostas teriam grande
690 impacto no setor e, por essa razão, seria necessário prazo para debate das medidas a
691 serem adotadas, a fim de não trazer nenhum tipo de solução de continuidade e
692 nenhum tipo de processo que causasse a desorganização do setor. **Egberto Miranda**
693 **Silva Neto**, da Uniodonto, manifestou preocupação com o prazo de março de 2008
694 para publicação da RN e da IN sobre o ressarcimento, por entender que o setor teria
695 que ter tempo para discutir o tema antes da publicação desses instrumentos
696 normativos. De todo modo, avaliou que o ressarcimento seria feito de forma menos
697 problemática se seguisse a diretriz do Programa Mais Saúde. Dra. **Josefa Renê**
698 **Santos Patriota**, da ADUSEPS, solicitou informações sobre a forma atual de
699 ressarcimento do SUS e o valor repassado. Frisou que os valores da tabela SUS não
700 cobriam os custos dos procedimentos, a não ser aqueles da alta complexidade, como

transplantes de medula óssea e de fígado, por exemplo. Também discordou que os recursos do ressarcimento, próprios do SUS, fossem para a ANS, pois a Agência possuía orçamento e mecanismo de arrecadação própria. Também considerou a possibilidade de ser feita campanha para que o paciente com plano ou seguro de saúde, ao ser atendido na rede pública, apresentasse a carteira ou fosse feito levantamento e, utilizando a tecnologia de informação disponível, essa informação fosse repassada automaticamente, facilitando o processo de ressarcimento. Também falou do caso de pessoas que eram da operadora de plano empresarial e precisavam, por aposentaria ou por demissão sem justa causa, entrar com ações judiciais para garantir a continuidade no plano individual. Disse que a Agência poderia resolver essa questão com facilidade porque a lei garantia ao consumidor o direito de continuar no plano e o contrato antigo também previa essa possibilidade. Ressaltou que era preciso definir se a portabilidade referia-se ao paciente oriundo de outra empresa e que ia para uma similar, porque, nesse caso, não deveria haver carência. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** explicou que a portabilidade referia-se à mudança entre empresa e a portabilidade interna ocorria entre duas operadoras diferentes. Esclareceu que, no caso portabilidade interna, não poderia haver cobrança de novas carências por conta da mudança de um plano coletivo para um individual, caso já tivesse sido cumprido o período de carência dentro da própria empresa. Dra. **Selma do Amaral**, do Procon SP, explicou que, no caso de não ser mais oferecido pela empresa o plano individual, não seria possível transferir a pessoa do coletivo para o individual. Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, disse que a Associação estava impetrando ações no sentido de garantir ao paciente que não houvesse carência no caso de mudança de um plano coletivo para individual dentro da própria empresa. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** afirmou que a cobrança de novas carências dentro da própria empresa para a mesma cobertura era ilegal e, portanto, deveria ser notificada. Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, sugeriu que a ANS divulgasse essa informação aos consumidores e o Diretor Presidente da ANS respondeu que estava no site da Agência. Diante desse informe, Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, disse que seria importante divulgar essa informação nos meios de comunicação como a televisão. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** destacou que não era possível, porque não havia recurso disponível para isso. Dr. **José Leôncio de Andrade Feitosa**, da ANS, reiterou que o cronograma previsto poderia ser alterado de forma a garantir o debate aprofundado com o setor. Explicou que a proposta visava substituir o modelo atual do processo do ressarcimento ao SUS por outro mais eficiente e eficaz.

Acrescentou ainda que a proposta possibilitaria a diminuição do processo postergatório e, por consequência, maior arrecadação, dentro do preceito legal. Disse ainda que não tinha relevância o fato de o recurso ficar na ANS ou não, porque ficaria no âmbito do Ministério da Saúde. Por oportuno, lembrou da questão do ressarcimento, que na ANS ainda é baixo, isto é, dos R\$ 530 milhões, só recebeu 20%. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** clarificou que não foi proposto que o recurso oriundo do ressarcimento ao SUS fosse creditado para a ANS, mas que fosse destinada parcela para cobrir os gastos administrativos da Agência. **4.3. APRESENTAÇÃO DO CRONOGRAMA DA ADEQUAÇÃO DOS CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS CENTROS COLABORADORES DA ANS** - Dr. **Roberto Ávila Bezerra** ressaltou em sua fala, dentre outros, os seguintes aspectos: a) definição: os Centros Colaboradores fazem parte de uma rede interinstitucional estabelecida pela ANS para apoiar seu Programa de Qualificação da Saúde Suplementar no âmbito nacional, e que de acordo com as diretrizes da política de cooperação técnica da ANS, um centro colaborador também deve participar do fortalecimento dos recursos institucionais, em termos de informação, serviços, pesquisa e capacitação, em apoio ao desenvolvimento nacional da saúde, no âmbito da saúde suplementar; b) Objetivos: sistematizar, divulgar e estimular a produção científica específica, introduzir, em nível de graduação e pós-graduação, o debate sobre o setor suplementar no âmbito da política nacional de saúde e desenvolver estratégias de monitoramento, em nível regional, dos efeitos produzidos pela política de qualificação do setor suplementar implementados pela ANS, assim como mecanismos de aperfeiçoamento da política regulatória; c) pesquisas concluídas: Instituição Universidade Federal de São Carlos – SP/ Projeto: Qualidade da atenção e modelos tecno-assistenciais em Cardiologia na Saúde Suplementar do Interior do Estado de São Paulo; Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Projeto: Desafios atuais em decorrência do envelhecimento populacional: A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso; Instituição: Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio e Libanês/Projeto: Qualidade da atenção em modelos tecno-assistenciais em Oncologia na Saúde Suplementar do Município de São Paulo; Instituição: Fundação Getúlio Vargas/SP/ Projeto: Qualidade da atenção e modelos tecno-assistenciais em Cardiologia na saúde suplementar da região metropolitana de São Paulo; Instituição: Universidade Federal Fluminense e Projeto: Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito da Saúde Suplementar - Modelagem a partir das Experiências Correntes; Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Projeto: Estudos, Pesquisas

771 e Interações para a Qualificação da Saúde Suplementar: Projetos Investigativos e de
772 Atuação; Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Projeto:
773 Conhecimento Regional e Produção de Informação Técnico-Científica em Saúde
774 Suplementar para a Região Sul do Brasil; Instituição: Universidade Federal de Minas
775 Gerais e Projeto: Análise Situacional dos Modelos Assistenciais em Saúde
776 Suplementar no Brasil; Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
777 Arouca/Fiocruz e Projeto: Causas e Consequências das Cesarianas; Instituição:
778 Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Projeto: Formação e Pesquisa em Saúde
779 Suplementar e Integralidade; Instituição: Faculdade Latino-Americana de Ciências
780 Sociais – Sede Brasil e Projeto: O desenvolvimento de modelos de garantias
781 assistenciais e os mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de
782 saúde da Região Centro-Oeste – 2006; Instituição: Universidade Federal do Pará e
783 Projeto: Desenvolvimento de Modelos de Garantias Assistenciais e os Mecanismos de
784 Regulação Adotados Pelas Operadoras de Planos de Saúde na Região Norte;
785 Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz e Projeto:
786 Prestadores hospitalares, odontológicos e de procedimentos de alta complexidade
787 frente às práticas de regulação das operadoras - ENSP/FIOCRUZ; **d) Cronograma**
788 **para 2008: Etapa:** seleção de critérios para credenciamento (fevereiro); elaboração do
789 Instrumento Normativo (março); apreciação da Procuradoria Geral da ANS (abril);
790 discussão na Diretoria Colegiada (maio); e publicação dos critérios para
791 credenciamento (maio). Após a apresentação, Dr. **Fausto Pereira dos Santos**
792 informou que, além dos centros colaboradores, a ANS, junto com o CNPq, lança editais
793 de acesso a todas as instituições de pesquisa para temas específicos do setor da
794 saúde suplementar, o que tem permitido dinamizar, ampliar e democratizar o acesso
795 desses pesquisadores aos assuntos que a Agência entende serem relevantes para
796 serem debatidos no País. Dr. **José Leôncio de Andrade Feitosa**, da ANS,
797 complementando a intervenção do Dr. Fausto, disse que essa proposta é bastante
798 interessante, porque propicia o debate sobre saúde suplementar também no interior do
799 País. **4.4. OUTROS INFORMES - a) Planos Coletivos.** Dr. **Fausto Pereira dos**
800 **Santos** informou que, no final do ano passado, um grupo de trabalho fora instituído
801 com os adjuntos de todas as Diretorias para debater o ponto mais polêmico: os
802 coletivos por adesão. Como o GT tem um prazo para a conclusão desse estudo, assim
803 que isso ocorresse, o tema seria pautado para debate. **b) Seminário Internacional**
804 **2008.** Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, em razão da Lei 9.656 completar dez anos, em
805 13 de junho de 2008, disse que será realizado um seminário internacional no Rio de

806 Janeiro, cuja idéia, nessa ocasião, será de fazer uma discussão sobre a
807 contemporaneidade do processo de regulação brasileiro, aproveitando as experiências
808 internacionais, os novos formatos que o setor vem criando no mundo, as reflexões que
809 estão presentes nos países com sistemas universais, e debater a relação público x
810 privado. Comprometeu-se, assim que a programação estivesse definida, encaminhar
811 aos presentes. **Egberto Miranda Silva Neto**, da Uniodonto, elogiou as Oficinas que
812 estão acontecendo para subsidiar a Instrução Normativa nº. 15. A propósito, perguntou
813 quando estas seriam realizadas em Belo Horizonte e Brasília. Chamou a atenção,
814 ainda, para o fato de existir informações divergentes em dois locais na página da
815 Agência na internet. Para finalizar, solicitou uma reflexão da Diretoria Colegiada da
816 Agência quanto a exigir a celebração dos Termos de Compromissos de Ajuste de
817 Conduta somente de forma conjunta, sem que a operadora tenha a opção de assinar
818 uns, não outros. Alegou que tal vinculação seria contrária aos interesses da própria
819 Administração Pública. Dr. **Fausto Pereira dos Santos** disse que, se não estava
820 enganado, a Oficina, em Belo Horizonte, seria em 26 de fevereiro, em Brasília, em 7
821 de março, e, em Recife, em 29 de março. Em relação aos TACs, adiantou que esse
822 instrumento só seria utilizado após dez autuações, e que Dr. Eduardo falaria mais a
823 respeito. Dr. **Eduardo Marcelo de Lima Sales**, da ANS, explicou que a Agência não
824 tem a obrigação legal de celebrar TACs com as operadoras e sim aplicar os
825 dispositivos da lei quando o caso exigisse. Entretanto, como havia dificuldade na
826 discussão com determinadas operadoras, a assinatura do TAC pareceu ser uma
827 estratégia pertinente para o processo de negociação. Lembrou que a
828 operacionalização dessa proposta demandava uma responsabilidade muito grande da
829 Diretoria de Fiscalização e que a mesma estava envidando esforços para garantir a
830 sua implementação, sem, no entanto, deixar de ser receptiva à críticas e sugestões
831 que aprimorassem o processo. Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS,
832 abordou a problema relacionado à inclusão do recém-nascido no plano de saúde da
833 mãe, fosse ela segurada ou dependente e solicitou a ANS que buscasse solução para
834 esses casos. Também fez alusão à revisão contratual nos produtos de co-participação
835 e à garantia do atendimento de urgência e emergência ao consumidor nos grandes
836 hospitais do País. Explicou que, nesses casos, os hospitais são conveniados às
837 empresas seguradoras, mas quando o consumidor precisa de atendimento, o
838 anestesista e o médico de plantão, por não serem credenciados, cobram os seus
839 honorários. No seu ponto de vista, essa situação precisava ser revertida.

840 **ENCERRAMENTO** - Concluídas as intervenções, Dr. **Fausto Pereira dos Santos**,

841 enfatizando a qualidade dos debates, agradeceu a presença de todos e encerrou a
842 reunião.

843

844 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

845 Ministério da Previdência Social - MPS

846 Ministério da Fazenda – MF

847 Ministério da Saúde - MS

848 Associação Médica Brasileira – AMB

849 Associação Brasileira de Defesa do Consumidor - PRO TESTE

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

851 Confederação Nacional do Comércio – CNC

852 Conselho Federal de Medicina - CFM

853 Conselho Federal de Odontologia – CFO

854 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN

855 Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED

856 Cooperativa de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

857 Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

858 Federação Brasileira de Hospitais – FBH

859 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG

860 Fundação PROCON / São Paulo

861 Fundação PROCON / SJC

862 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS

863 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS

864 Confederação Nacional da Indústria - CNI

865 Associações de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde - ADUSEPS