

51^a Reunião da Câmara de Saúde Suplementar – CSS

Local: Hotel Glória – Salão Dourado
Rio de Janeiro/RJ

Data: 29 de abril de 2008

ATA DA QUINQUAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA
DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS

ABERTURA – Às dez horas do dia vinte e nove de abril de dois mil e oito, no Salão Dourado do Hotel Glória, situado na Rua do Russell, 632, Glória, na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quinquagésima Primeira 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. **Hésio de Albuquerque Cordeiro**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **Eduardo Menezes Meireles**, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Dr. **Aloísio Tibiriçá Miranda**, do Conselho Federal de Medicina (CFM); Dr. **Benício Paiva Mesquita**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dra. **Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia**, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **José Sousa da Silva**, da Força Sindical; Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr^a **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de Serviços Odontológicos e Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SJC; Dr^a **Vera Lúcia de Vita**, da AFB, e Dra. **Rosângela da Silva Santos**, da FARBRA; Ana Luisa **Godinho Ariolli**, da PRO TESTE; **Dante Montagnana**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Eduardo de Oliveira**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Francisco Eustácio Vieira**, da Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Josefa Renê Santos Patriota**, das Associações de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde (ADUSEPS); **Julcemar José Ragnini**, da Conferência das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); **Leandro Fonseca da Silva**, do Ministério da Fazenda; **Luiz**

34 **Roberto Tenório**, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
35 (CONASEMS); **Reinaldo Camargo Sheibe**, do Sindicato Nacional das Empresas de
36 Medicina de Grupo (SINAMGE); **Antônio Augusto Fonseca Garcia**, do FCFAS; **Danilo**
37 **U. Bernik**, do SINDHOSP; **Sandro Leal**, da FENASAÚDE. **ASSUNTOS GERAIS** – Ao
38 abrir a 51ª Reunião da CSS, Dr. **Fausto dos Santos** colocou sob apreciação dos
39 presentes a ata da Reunião anterior da CSS. Informou que foram acatadas as sugestões
40 propostas pelo Dr. Márcio Coriolano, pelo Dr. José Carlos Abrahão, pelo Sr. Egberto
41 Miranda, pela Sra. Marília Barbosa e pelo Dr. José Cláudio. Na seqüência, ele comunicou
42 alterações nas representações da Confederação das Santas Casas de Misericórdia (Dr.
43 Julcemar é o titular e o Dr. Onécio é o suplente), no Ministério do Trabalho e Emprego
44 (Rosemary Dutra Leão é a titular e Renata de Almeida Guina é a suplente) e na CNI
45 (Francisco Vieira é o titular e Fernando Coelho Neto é o suplente). **ITEM I – DEBATE**
46 **SOBRE O SUBSTITUTIVO AO PL 4076/2001 APROVADO NA COMISSÃO DE**
47 **SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA** – A Dra. Silvana Souza da Silva Pereira ao destacar
48 que o PL 4076 é oriundo de uma discussão ampla anterior que foi a CPI dos Planos de
49 Saúde, explanou as principais alterações trazidas pelo projeto: a) inclui a cobertura de
50 assistência farmacêutica em todos os artigos em que se refere às segmentações
51 permitidas e inclui uma segmentação específica no art. 12, colocando o item VI, “quando
52 incluir assistência farmacêutica, o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar,
53 conforme dispuser o regulamento”. b) inclui a pessoa jurídica de direito público no escopo
54 da regulamentação, mas essa inclusão não se dá no *caput* do art.1 da lei, quando se fala o
55 que é um plano privado de assistência à saúde. Ele só incluiu no §2º, quando fala das
56 cooperativas, das auto-gestões. c) inclui o termo seguro-referência e as ações de
57 prevenção e promoção no art. 10. d) inclui na lei o conceito da junta médica para os casos
58 de procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, não se dá no *caput* art. 10.
59 Essa junta médica, composta por representantes da ANS, das operadoras, das
60 sociedades médicas e dos usuários, tem por objetivo restaurar funções para correção de
61 lesão proveniente de acidente pessoal ou de plástica reconstrutiva de mama. e) reduz
62 prazo de carência de vinte e quatro para dezoito meses para DLP e veda o oferecimento
63 de agravo. f) inclui a possibilidade opcional, não obrigatória, de se comercializar
64 internação domiciliar e hospital-dia. g) inclui a cobertura de despesas de acompanhante
65 em caso de paciente menores de dezoito anos e maiores de sessenta e cinco anos. h)
66 inclui no art. 18 a formalização de contrato entre prestador e operadora. i) Veda, assim

67 como a RN 44, a exigência de depósito caução. j) Obriga as operadoras a manterem
68 serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização de procedimentos e
69 caso as operadoras não tenham esse serviço, implica na presunção de autorização do
70 objeto da consulta. l) excetua o previsto no art. 34, quanto à exigência de constituir
71 pessoa jurídica independente, as autogestões já previstas na Lei Complementar 109, as
72 autogestões constituídas por intermédio do Departamento de Recursos Humanos,
73 entidades de autogestão que exercem atividade caracterizada como ação de promoção à
74 saúde e as fundações de direito público ou privado constituídas antes do advento da Lei.
75 m) inclui o conceito da portabilidade. n) a variação no preço da contraprestação
76 pecuniária por faixa etária não poderá ser superior a 300%. Esse ponto não está no
77 projeto, mas teve compromisso público do relator em incluir essa alteração no plenário da
78 Câmara. Iniciando o debate sobre o tema apresentado, o Dr. **Arlindo de Almeida**,
79 SINAMGE, sugeriu que o tema fosse discutido no âmbito da Câmara de Saúde
80 Suplementar, talvez na formação de uma Câmara Técnica dentro da ANS. Informou ter
81 sérias restrições a questão da portabilidade, mas acredita que o tema deva ser discutido.
82 Mencionou um artigo que mostra que o setor privado está contribuindo com mais recursos
83 para a manutenção da saúde no Brasil que o setor público. Isso significa que há espaço
84 para que haja essa penetração. A Sra. **Selma do Amaral**, do PROCON SP, informou que
85 a instituição está fazendo um estudo interno do projeto, adiantando já a preocupação com
86 a falta de embasamento técnico de algumas propostas e destacando que algumas
87 questões devem ser revistas, como por exemplo, a dificuldade ocasionada pelo
88 condicionamento da portabilidade à demonstração de insatisfação do consumidor.
89 Ressaltou, entretanto, que há questões onde se verificam avanços como nos
90 procedimentos com finalidades estéticas, próteses. Após o estudo, se for verificado que a
91 proposta não é interessante para os consumidores, será encaminhada uma carta aberta
92 aos parlamentares. Mencionou a preocupação do Departamento de Proteção e Defesa do
93 Consumidor, manifestada ainda não oficialmente, em relação ao Projeto de Lei. O Sr.
94 **Leandro Fonseca da Silva**, MF, questionou o posicionamento da ANS sobre as novas
95 atribuições trazidas ao órgão pelo Projeto de Lei, tais como a composição da junta médica
96 e o recebimento de reclamações dos consumidores, proposto no artigo que trata da
97 mobilidade. O Sr. **Sergio Augusto Werneck de Almeida**, PROCON SJC, destacou que a
98 regulamentação do segmento proposta não vislumbra o plano coletivo. A Dra. **Josefa**
99 **Renê Santos Patriota**, ADUSEPS, inicialmente destacou a satisfação pela presença do

100 Dr. Estácio Vieira na reunião. Em seguida, mencionou que o Projeto de Lei está
101 completamente desatualizado, destacando algumas questões. A prótese, órtese,
102 acompanhante para idoso, para menor de 18 anos, isso tudo já tem a previsão no próprio
103 Estatuto do Idoso e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Declarou ser contra a
104 vedação do agravo, pois todos são humanos e falíveis. A portabilidade é uma coisa que a
105 própria Lei 9.656 já prevê para o segurado que possui o plano empresa e, no caso de
106 demissão sem justa causa, ele possa continuar no mesmo plano como segurado
107 individual. Então, quando as empresa seguradoras proíbem a comercialização do plano
108 individual, também estão ferindo a lei. Cobrou uma definição da ANS sobre a questão da
109 portabilidade, ou do ingresso do filho adotivo ou recém-nascido na mesma empresa.
110 Lembrou que os cento e oitenta dias para transferência para um plano similar, são
111 exatamente os seis meses de carência que a lei já prevê. Ressaltou o atendimento vinte e
112 quatro horas como ponto positivo da proposta. Sugeriu, finalmente, a realização de um
113 estudo sobre o Projeto para ser apresentado aos deputados. O Dr. **Aloísio Tibiriçá**
114 **Miranda**, CFM, comentou alguns pontos já destacados. A questão da cobertura
115 farmacêutica, que já é compreendida como uma economia pelo Sistema Único de Saúde
116 e pelo Sistema de Saúde Suplementar que, ao fornecer medicamentos aos pacientes,
117 diminui custos de internação, principalmente de patologias crônicas, como diabetes e
118 hipertensão. Sobre junta medica para fins estéticos, a questão da necessidade de junta
119 decorre da existência de um conflito de usuários que querem fazer cirurgia de reposição
120 de mama e da negativa da operadora. O projeto de lei cria essa instância arbitral com o
121 objetivo de dirimir conflitos. O hospital dia e a internação domiciliar já existem de forma
122 opcional, não há obrigatoriedade. Funcionam como economia para as operadoras e
123 benefício para os pacientes. A despesa do acompanhante já está prevista nos Estatutos
124 do Idoso e do Menor. Quanto à questão da portabilidade já é de interesse das operadoras
125 receberem pacientes de outra operadora. O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto**,
126 UNIDONTO, acatando a posição do Dr. Arlindo em formar uma Comissão para discussão,
127 destacou a importância de se investir mais em uma articulação junto aos Deputados. A
128 Dra. **Marília Ehl Barbosa**, UNIDAS, questionou a disposição dos Deputados em ouvir o
129 que está acontecendo no mercado de saúde suplementar, perguntando se ainda há
130 espaço para discussão e modificações no citado PL, pois a UNIDAS teve a oportunidade
131 de discutir o assunto com o relator e não percebeu a abertura para novas contribuições.
132 Informou que a diretoria da UNIDAS enviou ofício com proposta de mudança que não

133 foram acatadas. Informou ter visto na mídia que a ANS estaria preparando um documento
134 com propostas de mudanças na lei 9.656 para entrega no segundo semestre aos
135 parlamentares. Questionou a veracidade da informação e se o mesmo será discutido na
136 CSS. A Sra. **Rosangela Pereira dos Santos**, FARBRA, mostrou sua preocupação com o
137 custo que as mudanças provocaram, para que o consumidor não saia perdendo ou não
138 tenha condições de pagar. Ela alerta que tem que ficar claro para todos os envolvidos
139 qual o custo para o consumidor e para as operadoras do que está sendo proposto. O Dr.
140 **Jose Carlos de Souza Abrahão**, CNS, inicialmente deu boas vindas ao Dr. Francisco
141 Eustácio. Em seguida, corroborou com a sugestão do Dr. Arlindo, de criação de um grupo
142 para discussão do tema e respondeu a Dra. Marília que ainda há tempo para
143 apresentação de propostas. Encerrando o debate, o Dr. **Fausto Pereira dos Santos**,
144 Diretor Presidente ANS, destacou que a importância de trazer a discussão desse projeto
145 não se deve somente a sua aprovação singular de pela Comissão de Seguridade Social,
146 mas principalmente porque este é atualmente o projeto mais abrangente que está em
147 tramitação no Congresso Nacional sobre o setor, ressaltando que daqui a um mês a Lei
148 9.656 completa dez anos. Acatou a sugestão do Dr. Arlindo e do Dr. Jose Carlos, para
149 que o grupo possa contribuir com essa discussão e discutir com o Congresso,
150 principalmente com os dez ou doze Deputados que serão decisivos na formulação de
151 eventuais substitutivos ao projeto de Lei. Encerrando, para minimizar uma eventual
152 preponderância da ANS no momento de uma discussão desse porte com o Congresso,
153 lembrou a eventual possibilidade de articulação da ANS com o Congresso, por esta ser
154 uma agência reguladora, e, portanto tem acesso inegável ao Ministério da Saúde, através
155 assessoria Parlamentar do Ministério da Saúde, e ao Ministro através da Casa Civil. **ITEM**
156 **II – APRESENTACAO DA METODOLOGIA DA 3ª FASE DA QUALIFICAÇÃO DE**
157 **SAÚDE SUPLEMENTAR** – Dr. **Afonso Teixeira dos Reis**, ANS. Bom dia para todos. Eu
158 vou tentar trazer informações da 3ª fase do Programa de Qualificação da Saúde
159 Suplementar, em especial o componente da Qualificação das Operadoras. Nós temos o
160 desafio de fazer esta avaliação do desempenho das operadoras com a base de dados de
161 2007. Nas duas outras fases, avaliamos dados de anos anteriores, a última - Segunda
162 etapa da Segunda Fase - foi divulgada em setembro do ano passado, 2007, usando a
163 base de dados de 2006. Rapidamente, só para contextualizar o programa. Nós já
164 apresentamos aqui uma vez e todos vocês têm conhecimento de que o Programa de
165 Qualificação, se insere dentro da Política de Qualificação da ANS. E como princípios

166 gerais dessa política, aquelas diretrizes que nós sempre gostamos de repetir. Das
167 operadoras atuarem como gestores em saúde, de incentivar os prestadores a serem
168 produtores do cuidado, do novo papel dos beneficiários quanto aos seus deveres e
169 direitos e do aprimoramento da própria capacidade de regulação da ANS, da qualificação
170 da forma como ela atua. E nós já temos isto regulamentado na RN 139, de novembro
171 2006. Essa RN traz, que o Programa de Qualificação tem os dois componentes: o
172 componente avaliação das operadoras e o componente avaliação da própria ANS. Cada
173 um desses componentes é representado por um índice composto que faz a avaliação
174 anual, seja da ANS, seja das operadoras. A avaliação das operadoras é feita pelo IDSS o
175 Índice de Desempenho da Saúde Suplementar e a da ANS, pelo Índice de Desempenho
176 Institucional – IDI. Cada um desses índices é composto por um conjunto de indicadores.
177 Esses indicadores são definidos pela ANS em um processo de construção, então por isso
178 o programa está sendo implementado em fases, nas quais tem ocorrido a construção,
179 inovação e aprimoramento dos indicadores, quanto da própria construção dos bancos de
180 dados que permitem a construção desses indicadores. Então, lembrando, o Índice de
181 Desempenho da Saúde Suplementar é um índice composto com quatro dimensões e
182 cada uma com um peso. O Índice de Desempenho de Atenção à Saúde contribui com
183 50% desse Índice de desempenho geral e cada um dos outros com seu peso: Econômico-
184 Financeiro com 30%; Estrutura-Operação e Satisfação do Beneficiário com 10%.
185 Rapidamente, lembrando as fases do Programa. Então, nós vamos entrar para a 3ª fase,
186 percorremos a 1ª e a 2ª fases, que tiveram também suas etapas. Aqui tem uma pequena
187 evolução do número dos indicadores desde a 1ª fase. Cada um desses aspectos ou
188 dimensões avaliadas, busca exatamente identificar problemas nessas questões: seja na
189 atenção à saúde, seja na parte econômico-financeira da operadora, seja na questão da
190 satisfação do beneficiário. E ao colocar problemas, ao apontar dificuldades, traz a
191 oportunidade para as operadoras superarem essas falhas, além de apontar também quais
192 ações que a ANS deve fazer, seja de fiscalização, seja de auxílio ou estímulo às
193 operadoras. Por exemplo, dentro da gama de indicadores da Atenção à Saúde, temos
194 definidos alguns indicadores que estimulam as ações de promoção e prevenção e,
195 portanto, levam uma indução da transformação do modelo de atenção das operadoras. E,
196 de forma geral, é uma nova forma de fazer regulação. É uma regulação indutora para a
197 melhoria de qualidade do setor. Lembrando rapidamente, a unidade de medida do IDSS,
198 são os indicadores, são eles que compõem esse índice de desempenho. Então, é a partir

199 dos indicadores escolhidos para cada dimensão é que podemos fazer a medida do
200 desempenho geral da operadora. Estamos trazendo um conjunto de alterações para a 3ª
201 fase. Pretendemos fazer uma reformulação geral. Então, nós estamos trazendo, como
202 principais alterações, uma modificação na metodologia de cálculo da pontuação pelos
203 indicadores. Eu vou mostrar rapidamente como é que a gente está propondo essa
204 modificação. Vamos incluir metodologias estatísticas de ajuste de alguns indicadores por
205 faixa etária e sexo, tivemos um debate, em especial com a UNIDAS, que trouxe essa
206 contribuição para nós. Nós já percebíamos essa falha nos indicadores e estamos agora
207 incorporando uma metodologia para este ajuste. Vamos incluir também uma metodologia
208 específica para a questão do que nós chamamos de taxas em pequenas populações. Eu
209 explico logo a seguir. A revisão de todos os indicadores de cada dimensão, também é
210 uma proposição para a 3ª fase. Até a 2ª fase, o resultado que a operadora obtinha em um
211 determinado indicador era localizado em uma faixa de resultados possíveis e a partir
212 daquela faixa de resultados possíveis ela ganhava um determinado ponto naquele
213 indicador. Então, a cada faixa de resultado correspondia uma pontuação. Eu vou usar um
214 exemplo para tornar mais claro. Isso, eu já usei, antes, para explicar o próprio cálculo do
215 IDSS. Vou usar o exemplo da taxa de mamografia. Esse é um indicador clássico que diz
216 respeito ao rastreamento do câncer de mama e ele está definido como o número de
217 mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia dentro do total de mulheres nessa
218 faixa etária. Esta é uma simulação dos resultados que a operadora obteve. A partir destes
219 resultados ela é pontuada. Então, se ela não fez nenhum exame, ela não tem nenhuma
220 pontuação. Se ela fez um pouquinho mais do que zero, até 30% de cobertura dessas
221 mulheres, ou seja, realizou exame para 30% das mulheres, ela ganharia 0,75 ponto. Se
222 ela fez exame de 30% até 60% das mulheres, ganharia 1,5 ponto. E se ela fez 60% ou
223 mais de exames, ela ganharia 3 pontos. Bom, qual é o problema que a gente vê nesta
224 forma de pontuar, que nos foi apontado, inclusive em debate com algumas operadoras e
225 que nos conduziu a uma análise da nossa experiência. O resultado do indicador que cada
226 operadora pode obter varia de forma contínua. As operadoras podem ter realizado
227 exames para, 2%, 3%, 4%, 5%, até 30% de suas mulheres. No entanto, a que fez 0,1% e
228 a que fez 29,9% estão recebendo a mesma pontuação. Então, a gente percebeu que isso
229 não estava muito justo. Que essa forma que a gente tinha adotado, embora válida num
230 primeiro momento, precisava ser corrigida. Então, na linguagem da matemática, da
231 estatística, é dito que você usa uma escala onde os números são contínuos e vai para

232 uma escala de pontuação onde só existem três ou quatro números, a chamada escala
233 discreta. Então, a gente está propondo recuperar, também na pontuação, essa escala
234 contínua. A depender do resultado que a operadora obtiver naquele indicador, que ela
235 tenha uma pontuação correspondente e proporcional àquela gradação que ela teve no
236 indicador. Vou dar o exemplo, também pelo slide. Bom, isto aí é o que acontecia até a 2ª
237 fase, pegando como exemplo a taxa de mamografia. Então, a gente vê que uma
238 operadora que teve uma cobertura de 0,1%, fez 0,1% de exames para suas mulheres de
239 50 a 69 anos, ganhava 0,75 pontos. E a que fez 29%, também 0,75 pontos. Claramente
240 elas têm performances diferentes, têm coberturas diferentes, no entanto estão sendo
241 igualmente pontuadas. E assim, se a gente olhar para as outras faixas. Quem fez de 30%
242 até 59%, está ganhando 1,5 pontos. Tem uma clara diferença, quase o dobro entre quem
243 fez 30 e quem fez 59%. Então, essa é a nossa proposta de mudança do cálculo da
244 pontuação. Ou seja, trazer maior justeza a essa performance da operadora em cada
245 indicador. Seria esta a proposta. Se a operadora tem 0,1% de cobertura, ela vai ter uma
246 pontuação proporcional a esse 0,1%. E nós estamos convencionando que todos os
247 indicadores vão valer de 0 a 1. Vão ter como valor, de 0 a 1. Após esse valor de 0 a 1 é
248 que a gente vai dar o peso para o indicador. De maneira que vai ficar bem explícito que
249 alguns indicadores têm peso maior que outros. A gente já tem uma espécie de convenção
250 no que diz respeito aos estímulos para onde as operadoras devem caminhar. Ou seja, os
251 indicadores de promoção e prevenção geralmente têm o peso 3. Alguns indicadores de
252 internação têm o peso 2, outros até peso 1. Pois bem, então, esta é a nossa proposta de
253 mudança de pontuação. A gente está fazendo uma simulação já com uma base de dados
254 de 2006 e claramente esta proposta vai dar uma outra pontuação para cada operadora.
255 Ao permitir diferenciar o que a operadora conseguiu naquele indicador e no conjunto dos
256 indicadores, medindo performances totalmente distintas, estas diferenças também vão ser
257 contempladas na pontuação. E a partir desta pontuação que ela tem em cada indicador, é
258 que a gente chega no índice de desempenho. Então, o índice de desempenho medido
259 desta forma vai ter um outro resultado. Bom, então essa é a questão da mudança da
260 metodologia de pontuação. A outra mudança que a gente quer é a padronização de
261 alguns indicadores por faixa etária e sexo. Todos nós sabemos que as composições
262 quantitativas das carteiras de beneficiários das operadoras são distintas. Seja na
263 quantidade em cada faixa etária, seja na quantidade destas faixas etárias, por sexo. Basta
264 comparar uma operadora com outra que a gente vê que tem essas diferenças. E todos

265 nós sabemos que as taxas – sejam elas de doença, seja de morte, morbidade ou
266 mortalidade – são diferentes entre as faixas etárias. O risco de adoecer de uma faixa
267 etária maior, mais avançada, é diferente de uma faixa etária mais jovem. Todos nós
268 sabemos disso. E para você comparar, então, operadoras que têm carteiras diferentes,
269 que têm composições de faixas etárias diferentes, esta comparação fica mais justa, mais
270 acertada, se a gente eliminar essa diferença de composição quantitativa das faixas etárias
271 e de sexo. Então, como é que a gente faz isso? Existem algumas metodologias que já são
272 consagradas para fazer esse ajuste. Elas ajustam os indicadores de maneira a eliminar
273 essa influência da quantidade de pessoas numa determinada faixa e sexo entre as
274 operadoras. Ao eliminar essa diferença, ela vai permitir, então, a comparação entre as
275 operadoras. São as chamadas Padronizações por Faixa Etária e Sexo. Então, em
276 epidemiologia isso já é consagrado. O uso mais consagrado é o de comparar mortalidade
277 entre países. É o caso de comparação de países com faixas etárias distintas, onde alguns
278 têm população mais idosa. Se você comparar a mortalidade desses países sem o ajuste
279 da diferença na quantidade de pessoas por faixa etária, os países que têm uma
280 população com faixa etária mais idosa, vão ter uma mortalidade maior – as pessoas a
281 partir de uma idade morrem mais – do que países que têm mais pessoas em uma faixa
282 etária mais jovem. Ao fazer esse ajuste, esses dois países passam a ser comparáveis.
283 Então, isto é uma metodologia clássica e a ANS vai adotar essa padronização. Existem
284 no mínimo dois tipos de padronização: uma chama direta e outra chamada indireta. A
285 ANS vai usar a padronização indireta. Por quê? Porque os dados assistenciais que nós
286 temos, informado pelas operadoras, não são discriminados por faixa etária. A gente
287 recebe o dado genérico. Vou dar um exemplo: internação por diabetes. O dado não traz
288 qual a faixa de idade daquela pessoa que foi internada. Diz apenas, “aconteceram tantas
289 internações por diabetes”, independente da idade do beneficiário. Quando a gente não
290 tem isso, então, o modo de fazer essa padronização é por meio da chamada
291 padronização indireta. Rapidamente, como é que é essa metodologia? Vou dar uma
292 explicação bem rápida sem entrar na fórmula. Existe uma fórmula estatística bastante
293 complexa para fazer esse cálculo. A gente vai disponibilizar essa metodologia, respaldada
294 por saber já estabelecido. Bom, essa metodologia baseia-se, então, no uso de uma
295 população de referência. A exigência que se tem para escolher uma população de
296 referência é que se conheça a taxa que a gente quer padronizar, por faixa etária – vamos
297 pegar um exemplo aqui, da taxa de internação por diabetes. Então, os dados desta

298 população de referência devem permitir calcular as taxas de internação por diabetes de
299 20 a 25 anos, de 25 a 30, de 30 a 35 e assim por diante. Então, essa passa a ser uma
300 população de referência. Quem pode ser essa população de referência? Pode ser
301 qualquer uma. Ela só tem que ter o dado discriminado por faixa etária e sexo. Então, ela
302 pode ser uma população de uma base de dados nacional, por exemplo, a AIH
303 (Autorização de Internação Hospitalar) pode ser uma base de dados, a CIH (a
304 Comunicação de Internação Hospitalar) pode ser outra base de dados, ou até mesmo
305 uma população de outro país, ou até mesmo de alguns inquéritos. Às vezes você fez uma
306 pesquisa, fez um inquérito, fez um levantamento e pesquisou aquela taxa que você quer
307 padronizar, quer submeter a essa metodologia, segundo as taxas específicas que
308 ocorreram em cada faixa etária. A partir desta população de referência, você faz uma
309 estimativa de como seria a taxa de uma operadora específica se ela tivesse a mesma
310 incidência daquelas taxas que você tem na população de referência. De forma
311 simplificada: você compara cada operadora com a taxa da população de referência. Você
312 faz um cálculo e compara a taxa que você tem numa operadora com aquela da população
313 de referência. Ao comparar todas as operadoras com aquela população de referência,
314 elas ficam comparáveis entre si. Então, de forma simplificada é esta a metodologia de
315 padronização por faixa etária. É um saber estabelecido usado na epidemiologia, em
316 estudos de morbidade e mortalidade. Nós vamos divulgar essa metodologia, explicando
317 como foi feito o cálculo para cada indicador. Essa padronização por faixa etária e sexo,
318 nós não vamos usar para todos os indicadores? Por exemplo, esse de mamografia
319 mesmo, não precisa. Por quê? Porque ele já pega uma população específica: mulheres
320 de 50 a 59 anos. Então, não precisa padronizar. Mas só para alguns indicadores que
321 pegam a população como um todo, que são os indicadores das doenças crônico-
322 degenerativas (diabetes, hipertensão, infarto agudo do miocárdio). Antes a gente estava
323 usando esses indicadores, mas sem fazer esse ajuste da faixa etária, que vai então levar
324 em consideração a composição quantitativa diferenciada em cada faixa etária e sexo da
325 carteira de beneficiários das operadoras. A outra metodologia que a gente vai aplicar é o
326 chamado ajuste das taxas em pequenas populações. O que quer dizer isso? Em geral,
327 taxas em pequenas populações sofrem uma variação muito grande com a adição de um
328 caso ou subtração de um caso. Vamos pegar o exemplo de uma população, um bairro,
329 um pequeno bairro em uma cidade, onde em um ano nasceram dez crianças. Vamos
330 calcular a mortalidade infantil deste bairro. Um indicador clássico. Suponhamos que

331 dessas dez crianças, morreu uma criança. Uma população pequena, em um bairro de
332 uma cidade, onde nasceram dez crianças em um ano; uma morreu. Quanto deu a taxa de
333 mortalidade infantil desta população? 100 em cada 1000, ou 10%. Isso é uma taxa
334 altíssima, se a gente for comparar com a mortalidade que a gente procura hoje, que é a
335 média do Brasil, que está em torno de menos de 20, 16 em cada 1000. Questionamos:
336 será que, de fato, é isso que está acontecendo? Essa pequena população tem essa taxa
337 tão alta? Não. Estes 100 em cada 1000 acontecem exatamente porque é uma população
338 pequena, então, acontecer um caso traz uma variação muito grande desta taxa. Então,
339 essa taxa não é adequada para medir o que acontece em pequenas populações. E é o
340 nosso caso. Muitas operadoras têm pequena quantidade de beneficiários e às vezes
341 algumas taxas também vão sofrer essa variação muito grande, por acontecer um ou dois
342 casos, ou mesmo por não acontecer casos. E existem algumas metodologias que fazem o
343 ajuste de taxas nestas pequenas populações. De novo, é um saber consagrado, é um
344 saber da epidemiologia, nós estamos contando com uma consultoria de um professor,
345 doutor em estatística, da UFMG, que está nos apoiando nesse saber, nos repassando
346 esta metodologia. Essa metodologia de ajuste das taxas em pequenas populações, são
347 os chamados Métodos Bayesianos. Então, tem vários Métodos Bayesianos e nós vamos
348 usar um que é o chamado Método de Bayes Empírico. Também vamos divulgar essa
349 metodologia na íntegra, de como vamos fazer esse cálculo. E o que consiste fazer esse
350 ajuste? De forma bem simplificada, também. É um cálculo estatístico um pouco complexo.
351 Então, ele leva em consideração várias variáveis estatísticas, alguns cálculos estatísticos
352 a partir dos dados de cada operadora. Mas de forma geral, como é a essência desse
353 cálculo? É você fazer um ajuste da taxa encontrada na pequena população a partir da
354 média de todas as operadoras. Então, se uma operadora tem uma população pequena e
355 um indicador deu uma variação muito grande, suponhamos que é uma operadora que
356 teve dez nascidos vivos e teve uma taxa de mortalidade de 100 por 1000. Você pega a
357 taxa média de todas as outras operadoras e faz um ajuste daquela taxa que você
358 encontrou para a pequena população. Isso você faz para todas as operadoras de tal
359 maneira que esse ajuste é dependente do número de beneficiários que cada operadora
360 apresenta. Quanto menor o número de beneficiários que a operadora apresentar, maior
361 vai ser o ajuste e mais próximo aquela taxa encontrada para a operadora que tem poucos
362 beneficiários vai ficar da média da taxa encontrada para todas as operadoras. Quanto
363 maior for o número de beneficiários que uma operadora tiver, menor vai ser esse ajuste e

364 a operadora vai ficar com a taxa que, de fato, foi encontrada para ela. Então, de forma
365 geral, essa é a metodologia. Eu estou explicando de forma bem rápida e simples, porque
366 existe um cálculo estatístico e uma fórmula complexa que eu não vou nem mostrar. É
367 essa aí mesmo (mostra slide). Não vou nem mostrar. Exatamente. Ali tem toda a fórmula
368 do cálculo. É que eu usei este slide para a gente fazer essa discussão com os diretores,
369 nas discussões que a gente tem feito na ANS, mas se alguém tiver dúvida, eu volto e
370 explico a fórmula. [risos] Bom, e o outro item de ajuste da 3ª fase é exatamente a revisão
371 de todos os indicadores de todas as dimensões. Então, nós vamos rever a ficha técnica
372 dos indicadores de cada dimensão, suprimir alguns que estávamos usando, a experiência
373 nos mostrou que aqueles indicadores não estavam adequados, não estavam medindo o
374 que de fato a gente queria. Então, a gente vai suprimir alguns. Vai acrescentar outros
375 indicadores e esse acréscimo já estava previsto. Nós fizemos uma nova RN que traz
376 alguns dados novos no Sistema de Informação de Produtos. Então, alguns indicadores
377 novos vão entrar, não só na atenção à saúde, mas também nas outras dimensões (no
378 econômico-financeiro, na estrutura de operação e na satisfação do beneficiário). Nós
379 estamos em um processo de discussão interna na ANS, então, o conjunto de técnicos da
380 ANS está se debruçando sobre estas fichas de indicadores, discutindo cada um desses
381 indicadores. Após essa discussão interna a gente está trazendo alguns expertos nos
382 temas para ajudar a gente a fazer esse debate dos indicadores. Já fizemos algumas
383 discussões, em especial na atenção à saúde, de alguns indicadores. Daí a proposta que
384 estamos trazendo para interagir com a Câmara de Saúde Suplementar. Nós estamos
385 finalizando esse conjunto de indicadores agora em maio e estamos com a proposta de
386 apresentar esse conjunto de indicadores para uma Câmara Técnica da Câmara de Saúde
387 Suplementar, então o recado de hoje é este: vocês vão receber esse convite, essa oferta.
388 Nós vamos instituir uma Câmara Técnica. A proposta é que a gente faça essa Câmara
389 Técnica nos dias 24 e 25 de junho. Então, nós vamos apresentar os indicadores para uma
390 consulta. Além da discussão dos indicadores, nós vamos fazer uma revisão de todas as
391 críticas que usamos para calcular os indicadores, fazendo cruzamento de dados,
392 aplicando metodologias estatísticas que permitam verificar se houve uma sub-notificação
393 ou se houve erro de informação. A ANS já faz isso no seu processo de cálculo dos
394 indicadores, ela não aceita os dados enviados de forma acrítica. Todos os dados são
395 analisados, são submetidos a uma série de críticas que permitem verificar se têm erros,
396 se tem consistência, se tem subnotificação. Nós vamos reformular isso e até mesmo

397 usando de alguns recursos de cruzar bases de dados. Seja cruzar a base de dados da
398 própria ANS, que as operadoras nos enviam. Exemplo: cruzar bases de dados de
399 beneficiários com os dados enviados pelo Sistema de Informação de Produtos, que são
400 os dados assistenciais. Assim, alguns outros cruzamentos que nos são possíveis. E aí...
401 Vou chamar ainda de um cronograma prévio, não está certo ainda, mas é mais ou menos
402 dentro deste cronograma que a gente está prevendo a 3ª fase. Então, 24 e 25 de junho, a
403 discussão dos indicadores numa Câmara Técnica da Câmara de Saúde Suplementar. De
404 julho a setembro a gente está prevendo o processamento da base de dados, com todas
405 essas modificações, ou seja, novos indicadores, nova metodologia de cálculo da
406 pontuação, os ajustes por faixa etária e sexo, os ajustes de pequena população. E uma
407 previsão de divulgação dos resultados, se a gente conseguir ter poucos problemas.
408 Porque é sempre uma construção, a gente tem que testar, fazer os ajustes, construir
409 programas que processem os dados e tal. Se a gente for ágil nisso aí, se dermos sorte, a
410 gente consegue a divulgação em setembro. A depender de alguns atrasos. Às vezes
411 precisa-se refazer o processamento. Está inclusive na RN. Faz-se um processamento
412 prévio, envia para as operadoras, depois aceita-se sugestões, críticas, novo reenvio de
413 dados. Então, a divulgação prevista para setembro ou, com um certo atraso, outubro ou
414 novembro. Então, em linhas gerais seria isso. Aberto a questões. O Dr. **Marcos Antonio**
415 **Antunes da Silva**, FENASEG, após parabenizar o Dr. Afonso pelo trabalho, mencionou
416 que em um programa de qualificação, além da metodologia, a origem dos dados é de
417 fundamental importância. Destacou que a partir de julho de 2007 houve uma grande
418 mudança na metodologia de transmissão de dados, o TISS, onde todas as prestadoras e
419 operadoras tiveram que se adequar em relação a seus bancos de dados. Solicitou que
420 fossem consideradas essas alterações dos TISS, para não haver distorções no resultado
421 de 2007. Questionou se haverá também uma revisão dos indicadores econômico-
422 financeiros. Chamou atenção para o Anexo 4 do Programa de Qualificação, onde solicita
423 “mulheres internadas com câncer de mama, pessoas internadas com hipertensão,
424 homens internados com câncer de próstata”, pois é um dado que necessita de CID. Uma
425 vez que o CID não é mais obrigatório, algumas dessas informações podem estar
426 comprometidas. Finalmente, sugeriu a inclusão de um indicador de Cobertura de
427 Epidemias, tipo dengue e febre amarela, para saber quanto as operadoras estão cobrindo
428 as epidemias hoje. A Dra. **Rosângela da Silva Santos**, FABRA, destacou que, existem
429 no Brasil certa dificuldade para casos de sub-notificação de determinadas doenças. Ela

430 sugeriu a inclusão da notificação para um banco de dados nacional. A Dra. **Josefa Renê**
431 **Santos Patriota**, ADUSEPS, retomou o tema anterior para sugerir no caso da junta
432 médica, a existência de uma equipe multidisciplinar, com representantes dos
433 consumidores, da ANS, das operadoras e dos prestadores. Questionou se existe no Brasil
434 algum serviço de saúde privada que está a margem da regulação da ANS. Destacou que
435 achava que a qualificação ainda estava um pouco confusa. O Dr. **Egberto Miranda Silva**
436 **Neto**, UNIDONTO, declarou que o caminho a ser tomado é esse da revisão. Em suas
437 considerações finais, o Dr. **Afonso Pereira dos Santos**, ANS, esclareceu que o
438 programa de qualificação das operadoras é uma construção e que suas fases não são
439 comparáveis. A terceira fase não será comparável com as duas anteriores, pois mudou a
440 metodologia de cálculo, mudou o conjunto de indicadores. Sobre as metodologias,
441 explicou que são metodologias aplicadas de maneira a permitir comparar os diferentes.
442 Dessa forma, o ajuste por número de beneficiários é apenas uma metodologia estatística
443 já consagrada que permite comparar populações distintas. Mesmo assim, em alguns
444 casos ela não poderá ser aplicada, não haverá como aplicar determinado indicador para
445 determinada operadora. Mencionou que os indicadores serão submetidos a uma consulta
446 na Câmara Técnica, onde os técnicos estarão muito atentos a todas as observações e
447 considerações que sejam realizadas. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor
448 Presidente ANS, esclareceu que quando a operadora está sobre regime especial, seja por
449 direção fiscal ou direção técnica há um maior cuidado, ela é avaliada de forma separada
450 do conjunto das outras empresas. O Dr. **Hésio de Albuquerque Cordeiro** esclareceu que
451 o objetivo da qualificação não é comparar para verificar a trajetória das operadoras da
452 primeira fase para a segunda e da segunda fase para a terceira. É um corte transversal
453 que está sendo feito com análise em 2008 com dados de 2007. Ele esclarece que a
454 Câmara estará com a Câmara Técnica, em junho, analisando mais profundamente o
455 andamento da aplicação da metodologia. Acrescenta que esse será outro importante
456 passo para avaliar e contribuir para incorporação de novos indicadores para as próximas
457 etapas e para interpretação dos atuais indicadores a serem implantados em 2008. O Dr.
458 **Marco Antônio Antunes da Silva**, FENASEG, mencionou sua preocupação com relação
459 às empresas de consultoria que analisam esses dados para não influenciar na
460 concentração de mercado. **INFORMES: 1) AÇÕES JUDICIAIS** – Dr. **Fausto Pereira dos**
461 **Santos**, Diretor Presidente ANS, destacou que a ANS recebeu quatro ações judiciais
462 contra a implantação da RN 167, uma patrocinada pela ABRANGE e pelo SINOG, onde o

463 juiz da Vara Federal do Rio de Janeiro indeferiu a liminar em primeira instância; outra
464 patrocinada pela UNIMED do Brasil e várias federações estaduais, onde a ANS já foi
465 citada, respondeu e ainda não há decisão do juiz, de uma outra Vara Federal do Rio de
466 Janeiro; uma Ação Civil Pública patrocinada pela ADUSEPS; e uma patrocinada por uma
467 operadora de São Paulo em caráter particular. Tendo isso posto, declarou que a RN 167
468 está em vigor. Como dado positivo do processo, destacou que o acesso ao telefone 0800
469 da ANS tem se caracterizado basicamente por solicitação de informações, com um
470 número muito pequeno de reclamações sobre a implantação da RN, o que mostra que o
471 mercado tem respondido positivamente à implantação da RN 167. O Dr. **Arlindo de**
472 **Almeida**, SINAMGE, pediu a palavra para dar alguns esclarecimentos a respeito da ação
473 do SINAMGE contra a RN 167. A instituição não possui nada contra os novos
474 procedimentos, pelo contrário, acha que são procedimentos adequados, que vão
475 beneficiar a população. Mas eles, necessariamente, não precisavam estar incluídos na
476 resolução. Eles podiam ser, por exemplo, fazer parte de tratamentos modulares,
477 constituindo um novo tipo de plano. Acrescenta-se a isso que a irretroatividade da
478 aplicação da resolução para incidir sobre contratos anteriores a 02 de abril de 2008 é
479 inconstitucional, em nossa opinião. Esclarece que uma questão fundamental e que faz
480 parte dos princípios gerais da economia é que quando se cria uma despesa é necessário
481 que existam as respectivas fontes que irão custeá-la. Então, há um risco enorme das
482 operadoras terem dificuldades financeiras devido a norma. Como já há um grande número
483 de operadoras que têm dificuldades financeiras, esse foi um dos principais motivos que
484 contribuiu para o SINAMGE ingressasse na justiça, depois de uma assembléia realizada
485 com todos os associados. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor Presidente ANS,
486 destacou que não iria entrar em debate sobre essa questão, uma vez que os problemas
487 que estão no âmbito do judiciário devem ser resolvidos lá. Ressaltou que a RN está em
488 vigor e não tem nenhuma intenção da direção da ANS em rever a sua decisão. Ponderou
489 que enquanto o Judiciário não se pronunciar de forma diferente, a resolução está em vigor
490 e deve ser cumprida. 2) **INAUGURAÇÃO DOS NÚCLEOS REGIONAIS DA ANS** - Dr.
491 **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor Presidente ANS, informou que a ANS abriu dois
492 novos núcleos, um em Ribeirão Preto e outro em Cuiabá. O núcleo de Ribeirão Preto
493 inicialmente vai abranger o interior de São Paulo, na região de Ribeirão, o sul de Minas e
494 uma parte do Triângulo, e em seguida, alcançar também a região de Campinas. Sob a
495 jurisdição desse núcleo estarão cerca de três milhões de usuários. O núcleo de Cuiabá

tem inicialmente a cobertura de setecentos mil beneficiários e em torno de cinquenta empresas. Ele é responsável por uma parte da região centro-oeste e por uma parte da região norte. O Dr. **Julcemar José Ragnini**, CMB, pronunciou-se informando que na região norte, os hospitais não possuem a intenção de buscar amparo junto a ANS, pois como as denúncias devem ser identificadas, estes têm medo de retaliações. Declarou também sua preocupação a respeito da concentração de mercado. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor Presidente ANS, confirmou a baixa demanda dos prestadores em queixas a ANS, destacando que para o prestador não adiantaria o sigilo, uma vez que na hora de abrir a autuação sobre a empresa ou a fiscalização, se saberá quem eventualmente fez a queixa. Mencionou que a questão da concentração de mercado poderá ser discutida em outro momento. A Dra. **Rosângela da Silva Santos**, FARBRA, parabenizou a ANS pelo kit informativo distribuído, onde constam todos os núcleos e endereços. Destacou o sucesso gerado pela comunicação solicitando onde poderiam ser encontrados os kits para divulgação. Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor Presidente ANS, informou que os kits foram distribuídos para os PROCONs e para o Conselho Nacional e que as informações estão disponíveis no site da ANS. 3) **SEMINÁRIO INTERNACIONAL** - Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor Presidente ANS, apresentou a primeira proposta de grade, para a Câmara ter uma idéia do escopo geral que está sendo programado entre os dias dois e quatro de junho. A idéia do Seminário é avaliar os avanços e limites da regulação e buscar elementos na experiência internacional que apontem as possibilidades de intervenção para o aprimoramento da regulação e do próprio setor. Também prestar contas à sociedade do trabalho que vem sendo desenvolvido nos oito anos da ANS. O Seminário seria aberto no dia dois pela manhã com os resultados e desafios da regulação do setor da saúde suplementar no Brasil. Acrescentou que o evento contaria com pessoas que fariam pelas operadoras e pelos prestadores, do ponto de vista da defesa do consumidor e do ponto de vista da ANS. O Dr. Januário Montone será um provável palestrante. Ainda no primeiro dia, seriam apresentados os desafios da regulação pública no Brasil com a presença da Casa Civil, do Ministério do Planejamento do Governo Brasileiro, bem como um trabalho que foi feito pela OCED no Brasil avaliando o processo de regulação implantado no país a partir do surgimento das Agências Reguladoras. No segundo dia, haveria a discussão do mix público-privado, tanto com experiências internacionais, quanto com a experiência nacional. No período da tarde, aconteceria a discussão da regulação geral do consumo e

529 a saúde suplementar e a discussão da concorrência no setor, trazendo questões como
530 portabilidade, fundo garantidor, fusões e aquisições. No terceiro dia seria discutida a
531 avaliação como instrumento de qualificação, a questão da acreditação e da própria
532 qualificação e da qualidade do cuidado através dos indicadores hospitalares. E ainda no
533 final da manhã, a questão da tecnologia da informação como instrumento de qualificação,
534 também com experiências internacionais e da própria ANS. Finalizando o evento, a
535 discussão sobre sustentabilidade e sobre o cuidado integral em saúde. 4) **CAMPANHA**
536 **DO PARTO NORMAL** – A Dra. **Martha Regina de Oliveira** – ANS explicou que, desde
537 2005, as taxas de parto cesárea na saúde suplementar começaram a ser monitoradas.
538 Foi quando se percebeu que havia 80% de partos cesárea na saúde suplementar,
539 enquanto a OMS preconiza 15%. Por causa disso, algumas ações foram iniciadas, tais
540 como divulgação, parcerias, com reuniões com operadoras, mas nada disso dava
541 resultado. Foi quando se percebeu ser necessária uma mobilização unindo a sociedade,
542 as mulheres, os hospitais, os médicos e todas as pessoas que estivessem envolvidas
543 com esse problema. Por causa disso, foi lançado um movimento da ANS junto com o
544 Ministério da Saúde e com a ANVISA em favor do parto normal e pela redução das
545 cesárias desnecessárias. Essa campanha já está na mídia e conta com vários escopos. O
546 primeiro movimento foi o lançamento de uma carta, onde as operadoras foram convidadas
547 a divulgar. Essa carta teve uma repercussão muito maior do que o imaginado, tanto de
548 mídia quanto de beneficiárias dando retorno. Foi formado um grupo técnico, onde
549 participam operadoras, academias, sociedades médicas, sociedades de enfermagem para
550 tentar discutir o tema. Ela informou que no dia 6 será lançada, junto com o Ministério da
551 Saúde, uma campanha de mídia, no dia 08 haverá uma reunião dentro do CFM em
552 Brasília, com todos 28 Conselheiros Médicos do Brasil e várias pessoas convidadas para
553 discutir o tema. No Seminário Internacional será lançada uma publicação sobre parto
554 normal. Concluiu, convidando todos a participarem dessa campanha. O Dr. **Benicio Paiva**
555 **Mesquita**, CFO, mencionou as dificuldades que estão enfrentando no que tange o
556 descumprimento da Lei 9.656, a Súmula 11 e também a RN 167, nos itens que dizem
557 respeito à solicitação de internação hospitalar por dentistas, que é assegurado por lei. E
558 também o cumprimento no que diz respeito à solicitação de exames complementares.
559 Solicitou, em nome do Conselho, que a ANS tentasse ser mais enérgica quanto ao
560 descumprimento dos citados preceitos legais. **ENCERRAMENTO** - Nada mais tendo a
561 declarar, Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor Presidente ANS, encerrou a reunião.

- 562 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

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

- 565 Associação Franco Basaglia – AFB

- 566 Associações de Consumidores de Planos Privados de Saúde – PRO TESTE

- 567 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas –
568 CMB

- 569 Confederação Nacional da Indústria - CNI

- 570 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS

- 571 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN

- 572 Conselho Federal de Medicina - CFM

- 573 Conselho Federal de Odontologia – CFO

- 574 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

- 575 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

- 576 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

- 577 Federação Brasileira de Hospitais – FBH

- 578 Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA

- 579 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 580 Força Sindical
- 581 Fundação PROCON São Paulo
- 582 Fundação PROCON SJC
- 583 Ministério da Fazenda - MF
- 584 Ministério da Previdência Social - MPS
- 585 Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 586 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS