

## **ATA**

# **53<sup>a</sup> Reunião da Câmara de Saúde Suplementar – CSS**

**Local: Hotel Glória – Salão Branco  
Rio de Janeiro/RJ**

**Data: 19 de agosto de 2008**

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

**ABERTURA** – Às dez horas do dia dezenove de agosto de dois mil e oito, no Salão Branco do Hotel Glória, situado na Rua do Russell, 632, Glória, na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quinquagésima Terceira 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. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE); Dr. **Hésio de Albuquerque Cordeiro**, Diretor da Diretoria de Gestão (DIGES); Dr. **José Leônicio de Andrade Feitosa**, Diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES); Dra. **Ana Luisa Godinho Ariolli**, da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Pro Teste); Dra. **Josefa René Santos Patriota**, da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (ADUSEPS); Dr. **Onécio Silveira Prado Junior**, da Confederação de Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Dr. **Francisco Eustácio Vieira**, da Confederação Nacional da Indústria (CNI); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED do Brasil); Dr. **Adriano Mattheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); Dra. **Carmem Lúcia Lupi Monteiro Garcia**, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Dr. **Benício Paiva Mesquita**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr. **Antonio Ielmo Capel Alarcon**, da Cooperativa de Serviços Odontológicos (UNIODONTO); Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da Cooperativa de Serviços Odontológicos (UNIODONTO); Dr. **Marcio Serôa Araújo**, da FENASEG; Dr. **José Souza da Silva**, da Força Sindical; Dr. **Bruno Eduardo dos Santos**, do Ministério da Fazenda; Dra. **Laura Schertel Ferreira Mendes**, do Ministério da Justiça; Dra. **Sueli Kaunert de Oliveira**, do PROCON-SJC; Dra. **Selma do Amaral**, do PROCON-SP; Dr. **Arlindo de Almeida**, do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo, SINAMGE; Dr. **Carlos Alberto Squillaci**, do SINOG; Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, da UNIDAS. **ASSUNTOS GERAIS** – Ao abrir a 53ª Reunião da CSS, Dr. **Fausto Pereira dos**

34 **Santos** justificou a ausência dos membros da AMB e do Conselho Nacional de Secretários  
35 Estaduais de Saúde, como também do Dr. Eduardo Sales. Em seguida ele colocou sob  
36 apreciação dos presentes a ata da Reunião anterior da CSS, informando que foram acatadas  
37 as alterações e observações sugeridas pelo Dr. José Abrahão da CNS, Dr. Egberto da  
38 UNIODONTO, Dr. Adriano Londres da CNC, Dra. René Patriota da ADUSEPS, Dr. Márcio  
39 Coriolano da FENASEG, Dra. Rosângela da FARBRA, Dr. José Cláudio da UNIMED do  
40 Brasil e Dra. Marília da UNIDAS. A Ata foi aprovada por unanimidade com as alterações. Ele  
41 informou, conforme solicitação do Dr. Adriano Londres, que a tramitação no Supremo da  
42 ADIN de 98 não tem previsão de inclusão dos autos em pauta para julgamento definitivo.  
43 Nem os embargos declaratórios apresentados pela União foram apreciados. Ele informou  
44 ainda que a Dra. Regina está como suplente da UNIDAS desejando-lhe boas vindas. **ITEM I**  
45 **– APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA CÂMARA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO – O**  
46 Dr. **Afonso Teixeira dos Reis** informou que a ANS realizou a consulta e o debate dos  
47 indicadores da terceira fase do Programa de Qualificação das Operadoras com o conjunto  
48 dos integrantes da Câmara de Saúde Suplementar. O relatório final foi concluído no dia seis  
49 de agosto e foi enviado aos integrantes da Câmara Técnica, bem como se encontra  
50 disponível no site da ANS. Resumindo o relatório ele informou que a Câmara Técnica se  
51 reuniu nos dias 1 e 2 de julho de 2008 com setenta e seis participantes das seguintes  
52 entidades: FENASAÚDE, a SINOG, a UNIMED BRASIL, a UNIDAS, a UNIODONTO, a AMB,  
53 o CFB, o CMB, CNS, CFO, o FCFAS através do COFFITO e da CFN, a ADUSEPS, o  
54 COFEN, o PROCON/SP, o PRO TESTE, o Ministério da Previdência Social, o Ministério da  
55 Fazenda e a ANS. Foram realizadas vinte e quatro contribuições divididas da seguinte forma:  
56 dez considerações em relação aos indicadores de Atenção à Saúde; uma consideração em  
57 relação ao Econômico Financeiro, sete apontamentos em relação à Estrutura e Operação e  
58 seis pedidos de esclarecimentos, em relação aos indicadores da satisfação do beneficiário  
59 (incluído) . Além disso houve quarenta e cinco proposições, sendo cinco destinadas às fases  
60 futuras e quarenta proposições objetivas para a terceira fase assim distribuídas: cinco para  
61 Atenção à Saúde; três para Econômico Financeiro, vinte e sete para Estrutura e Operação e  
62 cinco para Satisfação do Beneficiário. Das quarenta proposições objetivas para a terceira  
63 fase, todas apreciadas pela ANS, dezoito foram aceitas e vinte e duas foram recusadas. Ele  
64 informou que o detalhamento de todas essas proposições encontra-se no relatório final.  
65 Resumindo no que consiste a terceira fase ele esclareceu que ela contará com trinta e dois  
66 indicadores: dezesseis indicadores para dimensão Atenção à Saúde, quatro para Econômico

67 Financeiro, nove indicadores para Estrutura e Operação e três indicadores da Satisfação do  
68 Beneficiário. Existe um indicador Econômico e Financeiro que na verdade é um critério para  
69 se decidir se a operadora vai ser avaliada ou não na dimensão, qual seja, da constituição das  
70 garantias financeiras. Se a operadora conseguiu constituir sessenta por cento do que é  
71 exigido nas garantias financeiras ela será avaliada. Se não conseguiu não será avaliada e  
72 obterá nota zero nessa dimensão. Ele ponderou que com esse trabalho a ANS retirou alguns  
73 indicadores e acrescentou outros numa tentativa de ter os melhores indicadores possíveis  
74 que possibilitem uma comparação justa entre as operadoras. Em seguida é apresentada a  
75 listagem dos indicadores da terceira fase. Ele salienta que é possível que ocorram ajustes  
76 nos nomes dos indicadores a fim de adequá-los da melhor forma ao que eles se destinam a  
77 avaliar. Ele informou que está sendo feita uma revisão crítica dos dados apresentados pelas  
78 operadoras, por meio de metodologias estatísticas e cruzamentos de base de dados e que  
79 pretende apresentar resultados dessa terceira fase do Programa de Qualificação de Saúde  
80 Suplementar - Qualificação Operadoras em outubro ou novembro. Iniciando o debate sobre o  
81 tema apresentado a Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, UNIDAS, cumprimentou a todos e  
82 indagou se os demais pontuadores além do da cesariana também serão progressivos e se as  
83 operadoras que tirarem zero não serão avaliadas somente neste quesito ou em tudo. O Dr.  
84 **Afonso Teixeira dos Reis**, ANS, informou que na nova metodologia a ANS estabeleceu um  
85 mínimo e um máximo e que entre eles há uma pontuação progressiva, mantendo uma  
86 proporcionalidade entre o que a operadora obteve de resultado no indicador e a pontuação.  
87 Esclareceu também que as garantias financeiras são critérios de elegibilidade para serem  
88 avaliadas na dimensão Econômica e Financeira. O Dr. **Márcio Serôa Araújo Coriolano**,  
89 FENASEG, lamentou que grande parte das sugestões da sua entidade não tenha sido  
90 acolhida no relatório final da Agência sobre a qualificação. Informou que as operadoras  
91 afiliadas ainda tem muitas dificuldades com relação à captura dos dados e qualificação de  
92 informações dos prestadores de serviços médicos e hospitalares. Lembrou que há pleito  
93 histórico da FENASEG, e agora da FENASAÚDE, de que os pesos das dimensões sejam  
94 equalizados. Acrescentou que é importante que a sociedade saiba que o modelo ainda está  
95 sendo construído e aperfeiçoado e que os dados não são definitivos. Isto, porque há um  
96 temor de que os dados, ainda em processo de aperfeiçoamento, possam ser veiculados para  
97 obtenção de vantagens comerciais. A respeito, questionou se são verdadeiras as notícias de  
98 que a ANS pretende divulgar o resultado da qualificação em notas contínuas, ao invés do  
99 atual critério de faixas. Ponderou que o critério de notas contínuas é inconsistente com um

100 projeto ainda em fase de revisão e aperfeiçoamento.” A Dra. **Josefa René Santos Patriota**,  
101 ADUSEPS, afirmou não ver sentido nessa avaliação do parto cesariana que pontua nos dois  
102 extremos, zero ou cem por cento. Ela afirmou que em sua opinião essa avaliação não  
103 estimula o parto normal. Acrescentou que a dispersão da rede assistencial vem ocorrendo de  
104 forma drástica. Ela acrescentou que é preciso fiscalizar o cumprimento das normas pelas  
105 empresas filiadas, se as suas redes credenciadas têm eficácia. Ela citou o exemplo da  
106 HAPVIDA e da GEAP em Pernambuco. Ela indagou como é feita a avaliação Econômica e  
107 Financeira das empresas. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, esclareceu que as bases  
108 de dados têm problemas de inconsistências desde 2004, mas que houve uma evolução  
109 significativa desde 2005 até agora, apesar de os dados ainda não serem auditados. Ele  
110 acrescentou que a ANS tem se colocado publicamente sobre a questão do programa de  
111 qualificação como um programa em construção. O Dr. **Afonso Teixeira dos Reis**, ANS,  
112 complementou que todos os pontos têm uma série de críticas que almejam detectar e corrigir  
113 erros ou inconsistência de dados. A Dra. **Ana Luisa Godinho Ariolli**, Pro Teste, afirmou ter  
114 ficado preocupada com o índice em relação às cesáreas, pois em sua opinião houve uma  
115 involução. Expôs ter participado recentemente de um debate sobre o novo Decreto dos Call  
116 Centers, onde foi questionada a sua aplicabilidade aos fundos de pensão, à auto-gestão,  
117 pois muitas empresas relataram estar com dificuldades. O Dr. **Adriano Mattheis Londres**,  
118 CNC, relatou ter ficado frustrado com o resultado da ADIN e sugeriu que todos pensem o que  
119 pode ser feito para corrigir a falha. Em relação às taxas de cesárea propôs ser menos flexível  
120 no desenvolvimento de novos indicadores como forma de servir de instrumento de  
121 planejamento para as operadoras. Afirmou que gostaria de receber os comentários que a  
122 FENASAÚDE encaminhou para a Câmara Técnica. Indagou como será feita a divulgação  
123 dos resultados na área da qualificação. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, informou  
124 que ainda não existe uma posição do colegiado com relação a essa divulgação de  
125 resultados. O Dr. **Afonso Teixeira dos Reis**, ANS, salientou que quanto ao indicador de  
126 parto cesárea é a nova metodologia de pontuação que possibilita uma maior flexibilidade,  
127 que permite relativizar. Lembrou que na terceira fase além da pontuação progressiva alguns  
128 ajustes vão permitir uma melhor comparação entre as operadoras, em especial no que tange  
129 aos indicadores de Atenção a Saúde. Ele acrescentou que logo serão divulgados quais os  
130 indicadores que sofreram esses ajustes. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**, ADUSEPS,  
131 relatou a importância de que o consumidor fique sabendo exatamente quais são as  
132 empresas que garantem a assistência para que ele faça a seleção por essa divulgação. Ela

133 afirmou que outros critérios deveriam ser levados em consideração para a pontuação das  
134 empresas, como, por exemplo, o cumprimento das Leis, o que facilitaria a vida do  
135 consumidor. **ITEM II – APRESENTACAO DOS RESULTADOS DA CÂMARA TÉCNICA DE**  
136 **PORTABILIDADE** – O Dr. **Fábio Fassini**, DIPRO, se propôs a apresentar os resultados  
137 preliminares da Câmara Técnica, o status do cronograma e os próximos passos. Afirmou que  
138 o cronograma está sendo cumprido e que estão na fase de consulta pública. Relatou  
139 algumas observações que foram feitas nos trabalhos da Câmara: adoção de mecanismos de  
140 aviso prévio por parte do beneficiário; desenvolvimento de mecanismo regulatório para  
141 mitigar ações de corretagem que estimulem comportamento oportunista; adoção de  
142 experiência piloto em alguma região para monitorar os impactos da regulamentação.  
143 Informou que as reuniões foram pautadas por racionalidade técnica e razoabilidade de  
144 argumentação, sendo uma Câmara bastante democrática com participações diversificadas.  
145 Levantou algumas diretrizes básicas como, por exemplo, a questão da adimplência e tempo  
146 mínimo de permanência. Informou que o próximo passo será o desenvolvimento de uma  
147 minuta de norma e das questões jurídicas relevantes na definição do instrumento. Informou  
148 ainda que para a utilização de planos equivalentes está sendo montado um anuário de  
149 produtos, uma espécie de manual das possibilidades de transição entre um plano e outro.  
150 Será definido um prazo para a consulta pública. Iniciando o debate sobre o assunto  
151 apresentado a Dra. **Selma do Amaral**, PROCON/SP, propôs que fossem aproveitados parte  
152 dos planos antigos nessa proposta de portabilidade, pensando em uma formula para criar  
153 uma equivalência para os beneficiários de planos anteriores a 99. Levantou outra  
154 preocupação com a questão do fundo garantidor ter sido desvinculada da questão da  
155 portabilidade. A Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, UNIDAS, indagou se essa questão é  
156 somente para os planos individuais porque no caso dos planos coletivos a comparabilidade  
157 do plano é mais complicada. O Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, UNIMED do Brasil,  
158 questionou se na consulta pública já será disponibilizada uma minuta da norma e que seria  
159 importante saber se a Resolução será autônoma ou se estará regulamentando uma Medida  
160 Provisória ou uma Lei a ser editada, pois, como ressaltado na Câmara Técnica, é  
161 questionável a legitimidade de uma resolução autônoma disciplinar esta matéria de forma  
162 coercitiva para as operadoras, haja vista que a legislação vigente não trata da portabilidade.  
163 Ressaltou que se houver mecanismos coercitivos que eles sejam factíveis. O Dr. **Fábio**  
164 **Fassini**, DIPRO, esclareceu que tanto os planos anteriores a 99 quanto os planos coletivos  
165 estão contemplados no slide apresentado. Informou que a portabilidade vai começar em

166 princípio pelo cenário mais simples a fim de ser testada, mas que isso não impede que  
167 posteriormente os planos coletivos também sejam abarcados. A Dra. **Josefa René Santos**  
168 **Patriota**, ADUSEPS, indagou o que seria a regra de só poder fazer a portabilidade o  
169 consumidor que não deixar dívida. Ela afirmou que a portabilidade já existe e o que não  
170 existe é o respeito ao consumidor que possui uma patologia na hora da transferência de um  
171 contrato de uma empresa para outra. Expôs que é preciso que a ANS defina o cumprimento  
172 da Lei. Afirmou que em sua opinião não pode ser apenas para contratos individuais e sim  
173 para todo o sistema privado. Acrescentou que é preciso haver uma revisão dos contratos  
174 anteriores a 99 para que os usuários possam também participar da portabilidade. Reafirmou  
175 que a portabilidade deverá ser para todos os consumidores e para todos os tipos de contrato.  
176 Quanto à permanência mínima ela acrescentou que se deve chegar a um meio termo que  
177 obedeça a carência mínima e que não fira o direito do consumidor de trocar para um plano  
178 que melhor lhe convier. O Dr. **Márcio Serôa Araújo Coriolano**, FENASEG, relatou que é  
179 importante ter cautela na questão da portabilidade, pois ainda não se sabe os seus efeitos  
180 sobre a organização do mercado de saúde suplementar. Elogiou os debates sobre o assunto  
181 promovidos pela Agência e lembrou as várias sugestões da sua entidade para que a  
182 portabilidade seja eficaz e proteja o mercado de problemas. Afirmou que é muito importante  
183 a informação para o consumidor no processo de portabilidade, e que, por isso, grande parte  
184 das sugestões da FENASEG foi dirigida especialmente aos produtos que sejam efetivamente  
185 comparáveis para o consumidor. A Dra. **Selma do Amaral**, PROCON/SP, indagou como  
186 será considerada a doença preexistente junto com a regra da portabilidade para aquele que  
187 vier a desenvolver uma doença em um plano de origem. Registrou que existe uma grande  
188 expectativa que a portabilidade contemple também os planos coletivos, em especial os  
189 coletivos por adesão. O Dr. **Fabio Fassini**, DIPRO, informou que a Lei estabelece um critério  
190 de adimplência para permanecer em atendimento naquela operadora e para sair da empresa  
191 de origem com as prestações em dia e exercer a portabilidade na outra empresa e poder  
192 exercer o critério de adimplência legal na outra empresa também. Esclareceu que a questão  
193 das oficinas destina-se a que o consumidor saiba consultar o anuário para fazer escolhas  
194 melhores. **ITEM III – FUNDO GARANTIDOR** – O Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**,  
195 ANS, apresentou atribuições que faziam parte do rol de projetos da diretoria colegiada da  
196 ANS e que foram incorporadas ao PAC. Coube a DIOPE a estruturação desse fundo  
197 garantidor. As idéias discutidas com representantes de todas as diretorias deram origem a  
198 uma minuta. O Dr. **Fábio dos Santos Fonseca**, DIOPE, explanou sobre o Fundo Garantidor

199 do Sistema de Saúde Suplementar. Os principais objetivos são: aumentar a proteção de  
200 beneficiários de planos privados de assistência à saúde no caso de insolvência de uma  
201 operadora e reduzir o risco ou volume da inadimplência por parte de uma operadora junto a  
202 sua rede de prestadores de serviço e assistência à saúde. A Lei 9656 é a base legal para a  
203 criação desse fundo. Informou que o objetivo final é o aumento da proteção do consumidor e  
204 do prestador. As premissas fundamentais da constituição do fundo são o (i) o fato de que o  
205 risco de uma operadora se tornar insolvente se vista isoladamente é maior do que o risco de  
206 um conjunto de Operadoras se tornarem insolventes; e (ii) e que esse risco é diminuído com  
207 a constituição de provisões como as que estão hoje regulamentadas e com a formação dos  
208 Ativos Garantidores. Essas provisões são: a Provisão de Risco, a PEONA, a Provisão de  
209 Remissão, além da Dependência Operacional. A adesão a esse fundo é um processo  
210 voluntário. Explicou que no primeiro momento se pretende que a adesão aconteça dentro de  
211 uma mesma modalidade. O Fundo é um gestor de ativos financeiros que contrata essa  
212 gestão junto a uma ou mais instituições financeiras. Ele explicou que a adesão a um fundo  
213 somente pode ocorrer dentro de uma modalidade, devido ao fato de assim o sendo é mais  
214 fácil a medição do risco. Explicou como é que deve ser montado um fundo garantidor: duas  
215 ou mais operadoras se associam, montam um Comitê Gestor para administrar o fundo,  
216 definem as regras de adesão, manutenção e exclusão de operadora que deverão constar no  
217 ato constitutivo do fundo, quais serão os critérios de transferência dos imóveis garantidores  
218 de uma parcela da provisão técnica, deverá ser medida a diminuição do risco coletivo, uma  
219 nota técnica de risco aprovada pela agência e deverá ser contratado um administrador para  
220 fazer a gestão do fundo. Explicou que como o número de beneficiários de uma operadora é  
221 variável e a cada mês será feito o ajuste de contribuições de ativos garantidores das  
222 operadoras com o fundo. No caso de uma operadora não conseguir cumprir com sua  
223 obrigação em relação aos ativos garantidores as outras operadoras do fundo terão que  
224 contribuir proporcionalmente para aquela operadora que está inadimplente junto ao fundo. A  
225 carteira de beneficiários da operadora inadimplente será a garantia daquilo que cada uma  
226 das outras operadoras efetuou de contribuição para cobrir essa inadimplência. E se no prazo  
227 máximo de doze meses a operadora inadimplente não conseguir arcar com suas dívidas a  
228 carteira de beneficiários desta operadora será transferida para as outras operadoras do  
229 fundo que cobriram o seu déficit, a operadora será retirada do fundo e uma nota técnica será  
230 feita mudando a avaliação de risco do fundo. Pode também ocorrer a saída voluntária de  
231 uma operadora do fundo desde que ela esteja adimplente com todas as suas obrigações

232 junto com a ANS. O Dr. **Eduardo de Oliveira**, FBH, indaga se a redução em vinte por cento  
233 do ativo garantidor por estar em grupo não onera para uma operadora entrar no rol de outras  
234 empresas, ou seja, quanto custaria percentualmente o ingresso em um sistema desses. A  
235 Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, UNIDAS, questiona se a autogestão no Governo  
236 Federal já foi discutida, se o pool de operadoras do fundo poderá assumir junto à carteira de  
237 uma operadora inadimplente e se nenhuma operadora quiser assumir esse risco como será  
238 feito. O Dr. **Márcio Serôa Araújo Coriolano**, FENASEG, antes dizendo que o projeto parece  
239 ser muito engenhoso, pergunta sobre os seus fundamentos, ou seja, quais as vantagens que  
240 a ANS vê para as operadoras envolvidas em cada fundo.

241 O Dr. Alfredo **Luiz de Almeida Cardoso**, ANS, explicou que a vantagem para a operadora é  
242 que ela tem uma parte dos ativos que ela não constituiu baseada na formação coletiva com  
243 uma maior segurança. A vantagem para os consumidores é uma maior proteção. O Dr.  
244 **Márcio Serôa Araújo Coriolano**, FENASEG, questionou se a ANS já teria calculado um  
245 mínimo ótimo de provisões técnicas nesse modelo, a partir do qual os ativos excedentes  
246 seriam liberados. Indagou também como ficariam os institutos legais atuais de intervenção da  
247 ANS em operadoras com dificuldades econômico-financeiras. O Dr. **Alfredo Luiz de**  
248 **Almeida Cardoso**, ANS, explicou que a idéia é que as vantagens para as operadoras sejam  
249 maiores do que o custo de entrada e a estruturação do fundo, que não há previsão legal para  
250 a transferência de carteira de autogestão, pois não foi pensada uma questão específica para  
251 as autogestões. Acrescentou que a idéia é que na constituição haja uma obrigatoriedade na  
252 absorção da carteira e que a cobertura das dívidas pode ser feita pelo pool. Esclareceu que o  
253 nível ótimo é a redução da constituição dos ativos. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**,  
254 ADUSEPS, argumenta que essa idéia é muito confusa, que não vê com bons olhos a idéia  
255 desse fundo. Lembrou que conforme a Lei 9656 só poderá permanecer no mercado a  
256 empresa que tiver saúde econômica e financeira. Indagou como é que a ANS controla os  
257 contratos coletivos já que os seus reajustes são dados pelo IGPM. O Dr. **Fausto Pereira dos**  
258 **Santos**, ANS, propõe que voltem para o assunto principal, pois a questão dos reajustes dos  
259 planos coletivos já foi debatida muitas vezes. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**,  
260 ADUSEPS, afirmou que quem paga a conta para o risco ser menor é o consumidor. Ela  
261 indaga como ficará a questão da portabilidade com a existência de um fundo garantidor e de  
262 onde vem o recurso para o fundo. O Dr. Egberto **Miranda Silva Neto**, UNIODONTO,  
263 esclareceu que é bom deixar claro que os recursos do fundo não são da Agência, mas das  
264 próprias operadoras. Afirmou que a adesão voluntária é essencial. Indaga de que forma seria

265 a vinculação à ANS. O Dr. **Adriano Mattheis Londres**, CNC, pergunta se a adesão de uma  
266 operadora ao fundo é automática desde que ela cumpra os critérios objetivos ou se as outras  
267 operadoras já participantes do fundo podem vetar a entrada de alguma operadora. O Dr.  
268 **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, UNIMED do Brasil, parabenizou a apresentação afirmando  
269 que o estudo deve evoluir para uma diluição de risco que significaria uma redução das  
270 provisões dos garantidores. Sugeriu que a carteira sirva em parte como um ativo garantidor.  
271 O Dr. **Márcio Serôa Araújo Coriolano**, FENASEG, indaga se a ANS terá alguma  
272 responsabilidade por ter aprovado a administração do fundo se o administrador for  
273 incompetente. O Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, ANS, afirmou que é objetivo da  
274 DIOPE a manutenção no mercado somente de operadoras com boa saúde financeira.  
275 Esclarece que quando fala de risco coletivo trata-se do risco de uma empresa quebrar versus  
276 o risco de dez empresas quebrarem que obviamente é muito menor. Acrescentou que a  
277 constituição da pessoa jurídica que vai compor o fundo é um assunto que será discutido no  
278 mercado e que a vinculação dos ativos é tarefa de cada operadora. O que ocorrerá apenas é  
279 que o montante desses ativos garantidores será menor e a operadora estará regular porque  
280 ela fará parte de um fundo, a depender da composição de cada fundo. Esclareceu que a  
281 aceitação ou não de uma operadora no fundo depende do estatuto do fundo e que a agencia  
282 vai controlar apenas em relação à manutenção dos ativos que lastreiam essas provisões.  
283 Afirmou ainda que a carteira servirá como garantia no sentido de proteção dos consumidores  
284 serem absorvidos respeitando os contratos vigentes com uma operadora que faz parte do  
285 fundo como qualquer coisa de valor. O Dr. **Fábio dos Santos Fonseca**, DIOPE/GGAME,  
286 acrescentou que os imóveis não vão para a gestão do fundo, mas serão transferidos pelo  
287 gestor do fundo para a operadora que adquirir a carteira e se responsabilizar pelo pagamento  
288 dos prestadores da operadora inadimplente. **ITEM IV – APRESENTAÇÃO DOS**  
289 **RESULTADOS DO REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES SOBRE OS PROGRAMAS DE**  
290 **PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS DESENVOLVIDOS**  
291 **PELAS OPERADORAS** – A Dra. **Andréa Abid**, GGTA/DIPRO, cumprimentou a todos e  
292 afirmou que em maio foi encaminhado um questionário a todas as operadoras sobre o  
293 desenvolvimento de programas de promoção e prevenção com o objetivo de conhecer o  
294 número e o que as operadoras vinham implementando nessa área. Foram coletadas  
295 informações específicas relacionadas à atenção obstétrica. Esse questionário foi estruturado  
296 em nove blocos com noventa questões ao todo de fácil preenchimento, porém extenso.  
297 Afirmou que o questionário trouxe uma boa visão do que está acontecendo, mas de forma

bastante superficial. Explicou que a tabulação e o começo da análise foram agilizados porque o requerimento de informações só permitiu o preenchimento on line. Afirmou que o índice de respostas foi muito grande, pois setenta e três por cento das operadoras entregaram o questionário respondido. Quarenta e sete por cento das operadoras afirmaram que desenvolvem programas de promoção e prevenção da saúde em uma ou mais áreas. Esclareceu que a maioria das operadoras desenvolve esses programas na área de adultos e idosos, seguidos de saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde bucal e saúde mental. Cinquenta e três por cento das operadoras já utilizam indicadores de saúde para avaliar os resultados dos seus programas e quarenta por cento já utilizam indicadores econômicos e financeiros também. Constatou que a alimentação saudável está presente em várias áreas de atenção de forma marcante. Acrescentou que as atividades individuais oferecidas pelos programas concentram-se em sua maioria no atendimento médico, mas já começa a aparecer de forma significativa também o atendimento do psicólogo e do nutricionista. Ponderou que mais ou menos metade das operadoras que desenvolvem os programas ainda não consegue avaliar seus resultados. Afirmou que o relatório preliminar está disponível na internet, no site da ANS. Explicou que está sendo elaborada uma parceria com a AMB para elaboração de protocolos clínicos na área de promoção e prevenção da saúde. Disse que agora há o conhecimento de mais de mil programas que estão sendo desenvolvidos e começou a análise de todo esse material para aprofundar e buscar qualificação na matéria, para o delineamento de novas políticas. Informou que o Ministério da Saúde realiza um inquérito telefônico com uma sub-amostra do IBGE no qual são perguntados dados sobre fatores de risco importantes e conseguiu-se acrescentar algumas perguntas que serão de extrema serventia para o setor. O Dr. **Arlindo de Almeida**, SINAMGE, acrescenta que é importante divulgar na imprensa o número de usuários atendidos pelos programas preventivos. A Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, UNIDAS, indaga se o levantamento realizado também constará na avaliação do programa de qualificação. Sugeriu que se pense na faixa etária com mais de sessenta anos pois a expectativa de vida está cada vez maior. Ela esclareceu que os programas de prevenção e promoção de saúde têm feito com que os riscos de determinadas doenças sejam transferidos para uma faixa etária posterior, também devido à expectativa devida ter aumentado nos últimos anos. Isso faz com que esses programas não diminuam custos para as operadoras e sim que esses custos atinjam somente as faixas etárias seguintes as que costumavam atender. O Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, UNIODONTO, perguntou se é possível

331 estabelecer um canal de comunicação entre as operadoras e a GGTAP para aprimorar os  
332 trabalhos e os estudos no assunto, alinhar as necessidades dos beneficiários. A Dra. **Josefa**  
333 **René Santos Patriota**, ADUSEPS, indagou como será feita a proposta de um programa de  
334 prevenção para os pacientes da área de saúde mental usuários de drogas. O Dr. Benício  
335 elogiou o programa de saúde da família do governo federal e perguntou como se dará a  
336 prevenção e promoção da saúde bucal já que ela é porta de entrada para diversas patologias  
337 e tem sido pouco estimulada pelas operadoras. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS,  
338 pediu desculpas por ter que se ausentar antes do fim da reunião devido ao cancelamento de  
339 seu voo. A Dra. **Andréa Abid**, GGTAP/DIPRO, afirmou ter anotado a sugestão para que o  
340 número absoluto de beneficiários atendidos por programas preventivos apareça  
341 conjuntamente com o número percentual. Informou que a GGTAP está à disposição das  
342 operadoras para compartilhar as informações que advém de seu trabalho. Afirmou que serão  
343 aprofundadas as análises dos desdobramentos das faixas etárias que tem sessenta anos ou  
344 mais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** – A Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, UNIDAS,  
345 acrescentou que é preocupante em Pernambuco a flutuação da rede versus o impacto na  
346 saúde dos assistidos, assunto complexo para a saúde e qualidade de vida do beneficiário.  
347 Ela sugeriu que a Dra. René participasse de uma reunião do Conselho Estadual em  
348 Pernambuco para avaliar a composição da rede com os usuários do Estado.

349

350 **ENCERRAMENTO** - Nada mais tendo a declarar, Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**  
351 diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, encerrou a reunião.

352

353 Agência Nacional de Saúde Suplementar

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

355 Associações de Consumidores de Planos Privados de Saúde – PRO TESTE

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

- 357 Confederação Nacional da Indústria - CNI
- 358 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 359 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 360 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN
- 361 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 362 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 363 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 364 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 365 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 366 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 367 Força Sindical
- 368 Fundação PROCON São Paulo

369 Fundação PROCON SJC

370 Ministério da Fazenda – MF

371 Ministério da Justiça - MJ

372 Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

373 Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG

374 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS