

1 **ATA DA TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA DE**
2 **SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS**

3
4 **ABERTURA** – Às dez horas e trinta minutos do primeiro dia do mês de março
5 do ano de dois mil e cinco, no Salão Vermelho do Hotel Nacional, situado no
6 Setor Hoteleiro Sul, Quadra 1, Bloco A, na cidade de Brasília, Distrito Federal,
7 realizou-se a Trigésima Sétima Reunião Ordinária da Câmara de Saúde
8 Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, integrante
9 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e
10 consultivo, nos termos do Parágrafo Único do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº
11 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida
12 Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto**
13 **Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr.
14 **Gilson Caleman**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **José Leôncio Feitosa**,
15 Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dra. **Maria Stella**
16 **Gregori**, Diretora de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dr. **Mário César Scheffer**, do
17 Conselho Nacional de Saúde (CNS); Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do
18 Conselho Federal de Medicina (CFM); Dr. **José Mário Morais Mateus**, do
19 Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr. **Ernestino Vilela Farias**, do
20 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Dr. **Luís Plínio Moraes de**
21 **Toledo** e Dr. **Eduardo de Oliveira**, da Federação Brasileira de Hospitais
22 (FBH); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão** e Dr. **José Francisco Schiavon**,
23 da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
24 (CNS); Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior** e Dr. **José Martins Lecheta**, da
25 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
26 Filantrópicas (CMB); Dra. **Sylvia Regina Trindade Yano**, da Confederação
27 Nacional da Indústria (CNI); Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e Dr.
28 **Adriano Mattheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC);
29 Dr. **Márcio Serôa A. Coriolano**, da Federação Nacional das Empresas de
30 Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr. **Samir Dahas Bittar**, da
31 Associação Médica Brasileira (AMB); Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, da
32 UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo**

33 **de Almeida** e Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINAMGE, pelas Empresas
34 de Medicina de Grupo; Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas
35 Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr. **Carlos Roberto**
36 **Squillaci**, do SINOG, pelas Empresas de Odontologia de Grupo; Dr. **Antônio**
37 **Ielmo Capel Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO,
38 pela Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dra. **Renata Molina** e Dr. **Sérgio**
39 **Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SP; Dra.
40 **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, pelas Associações de Consumidores de
41 Planos Privados de Assistência à Saúde; Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**,
42 da ADUSEPS, pela Associação de Consumidores de Planos Privados de
43 Assistência à Saúde; Dr. **Luiz Francisco Belém Costa**, da FARBRA, pelas
44 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologia Especiais; Dra. **Regina**
45 **Libonati de Paula**, da AFB, pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de
46 Patologia Especiais; Dr. **Orestes Mazzariol Júnior**, da União das Empresas
47 Médicas (UEME); e Dr. **Lúcio Rogério Gomes dos Santos**, do Fórum dos
48 Conselhos Federais da Área de Saúde (FCFAS). Dr. **Fausto dos Santos**
49 procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os integrantes da Câmara
50 de Saúde Suplementar e demais presentes. Em seguida, justificou as ausências
51 do Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, diretor da DIOPE/ANS, que estava
52 sendo representado pelo assessor da Direção, **Fernando Ferreira**; do Dr.
53 **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, do CONASEMS, e do Dr. **Joaquim**
54 **José da Silva Filho**, da Força Sindical, ambos devido a compromissos
55 anteriormente assumidos. Além disso, comunicou o falecimento da Dra. **Neide**
56 **Regina C. Barriguelli**, da FARBRA, no dia 20 de janeiro de 2005, comentando
57 que representava perda significativa para aqueles que lutam por um sistema
58 de saúde mais justo no país. Em seguida, o Dr. **Mário César Scheffer**, do
59 CNS, fez a leitura de uma carta, de sua autoria, em homenagem a Dra. **Neide**
60 **Barriguelli** e pediu um minuto de silêncio em sua memória. Dr. **Fausto dos**
61 **Santos** agradeceu ao Dr. **Mário Scheffer** e informou que a carta seria
62 disponibilizada no *site* da Agência. Os integrantes da Câmara homenagearam a
63 Dra. **Neide Barriguelli** com uma salva de palmas. Na seqüência, o Dr. **Fausto**
64 **dos Santos** colocou em apreciação a ata da 36ª Reunião Ordinária da Câmara

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

65 de Saúde Suplementar, informando que haviam sido incorporadas as
66 contribuições apresentadas pelo Dr. **Adriano Mattheis**, da CNC. **Não**
67 **havendo destaques, a ata foi aprovada por unanimidade.** Definido esse
68 ponto, passou ao item 1 da pauta. **ITEM 1 – TEMAS PARA COMPOR A**
69 **PAUTA DAS PRÓXIMAS REUNIÕES DA CSS** – Dr. **Fausto dos Santos**
70 informou que alguns integrantes da Câmara, atendendo à solicitação feita pela
71 Agência via correio eletrônico, haviam enviado sugestões de temas para
72 compor a pauta das próximas reuniões da CSS. Todavia, reforçou o pedido
73 para aqueles que ainda não tivessem enviado propostas de temas que o
74 fizessem por intermédio da Secretaria-Executiva da Câmara. Feito esse
75 informe, passou ao item seguinte. **ITEM 2 – TROCA DE INFORMAÇÃO EM**
76 **SAÚDE SUPLEMENTAR (TISS)** – Dr. **Fausto dos Santos** concedeu a palavra
77 ao Dr. **José Leôncio Feitosa**, da DIDES/ANS, para apresentação do atual
78 estágio de implantação do projeto Padrão Único de Troca de Informações entre
79 Operadoras e Prestadores de Serviços de Saúde (TISS). Após cumprimentar os
80 presentes, Dr. **José Leôncio Feitosa**, da DIDES/ANS, comentou que faria
81 breve relato sobre a concepção do TISS, lembrando que o caráter técnico do
82 projeto já havia sido anteriormente apresentado à Câmara. Afirmou que mais
83 importante do que a apresentação do tema em si era a demonstração
84 inequívoca da transformação que vinha se operando na ANS, chamando a
85 atenção para o cuidado que se teve no sentido de respeitar opiniões e
86 propostas emitidas e de se evitar interferências no ritmo do processo decisório
87 democrático e da construção do conteúdo do referido projeto. Salientou que a
88 implantação de um padrão único de troca de informações atendia aos anseios
89 dos prestadores de serviços e das operadoras, tendo em vista a redução de
90 custos na troca de informações obrigatórias entre estes dois universos.
91 Explicou que o objetivo principal do TISS era desenvolver a implantação de
92 padrão para troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços
93 de saúde com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada aos
94 usuários, à racionalização dos custos administrativos de operadoras e
95 prestadores bem como à otimização dos recursos existentes. Além disso,
96 ressaltou que esse conjunto de informações possibilitaria ao Ministério da

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

97 Saúde definir políticas públicas que contemplassem o perfil dos usuários do
98 setor de saúde suplementar, que abarca 38 milhões de pessoas. Informou que
99 o Projeto fora apresentado e discutido pela Diretoria Colegiada da ANS, pelo
100 Fórum de Corpo Gerencial da Agência e pela Câmara de Saúde Suplementar.
101 Revelou que haviam sido realizados doze eventos para divulgação e discussão
102 do Projeto, a saber: **a)** oficinas regionais (Rio de Janeiro, Fortaleza, Curitiba e
103 São Paulo); **b)** oficinas da DIOPE; **c)** participação em eventos específicos, a
104 exemplo de seminário promovido pela UNIDAS/RS e Sindicato dos Hospitais de
105 Porto Alegre. Relatou que haviam participado desses eventos um total de 696
106 pessoas, representando 363 empresas, e chamou a atenção para
107 levantamento realizado durante estes eventos, o qual indicou que 90%
108 consideraram “relevante” ou “muito relevante” a padronização da informação
109 para a melhoria das atividades operacionais e que apenas 3% haviam
110 considerado a padronização “inexeqüível” ou “pouco exeqüível”, dada a sua
111 complexidade. Relatou, ainda, que como resultado de demandas encaminhadas
112 à Agência foram criados grupos de validação da proposta no Rio Grande do
113 Sul, São Paulo e Rio de Janeiro. Informou que, a título experimental, algumas
114 operadoras estavam testando os padrões do TISS em hospitais, com a
115 finalidade de oferecer, sob perspectiva concreta e real, dados sobre
116 dificuldades na operacionalização da proposta. Na seqüência, discorreu sobre
117 as atividades programadas para 2005 em relação ao TISS, destacando que, no
118 mês de janeiro, fora publicada a Consulta Pública nº 21, com definição de
119 prazo de trinta dias para a apresentação de críticas e sugestões de todo o
120 setor à minuta de Resolução Normativa sobre o estabelecimento do padrão
121 essencial obrigatório para a troca de informações. Comentou que a Resolução
122 Normativa define prazo de nove meses para adaptação das empresas, a contar
123 da data de sua publicação, para adaptação dos prestadores e operadoras ao
124 TISS, sendo vedadas alterações no padrão essencial por, no mínimo, 360 dias
125 após a respectiva data de publicação. Assim, considerou que essa delimitação
126 de prazos garantiria estabilidade ao sistema, visto que no período de um ano o
127 TISS não poderia ser alterado: a obrigatoriedade é, pois, condição necessária
128 para que todos os setores se comportem dentro desse padrão. Afirmou que as

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

129 operadoras e prestadores devem fazer a troca de informações por meio
130 eletrônico, adotando o padrão de linguagem de marcação de dados XML
131 (“Extensible Markup Language”), e revelou que fora criado o Comitê de
132 Padronização das Informações em Saúde Suplementar, a ser constituído por
133 representantes do Ministério da Saúde, ANS, instituições de ensino e pesquisa,
134 representações de operadoras de planos de assistência à saúde,
135 representações de prestadores de serviços, representações de usuários, tendo
136 por atribuição propor eventuais alterações nos padrões de informação.
137 Informou, ainda, que a Agência havia divulgado os resultados da consulta
138 pública aos participantes das oficinas regionais, aos grupos de validação e às
139 entidades do setor, tendo sido totalizados, aproximadamente, 450 contatos, e
140 que estava sendo realizado o acompanhamento, análise e sistematização das
141 sugestões recebidas a fim de finalizar os trabalhos e proceder à publicação da
142 referida Resolução. Concluída essa etapa, enumerou os passos seguintes: **1)**
143 publicação da Resolução Normativa; **2)** implantação do padrão para troca de
144 informações; **3)** disponibilização gratuita do aplicativo para uso opcional; **4)**
145 monitoramento e suporte do aplicativo; e **5)** implantação de projetos
146 relacionados ao Programa Padrão de Troca de Informação em Saúde: **a)** TISS
147 informa (realiza avaliação mensal do processo de implantação do Projeto); **b)**
148 TISS Seguro (trata da confidencialidade de dados, definindo o que pode ou não
149 ser divulgado); **c)** TISS “e-learning” (responde a dúvidas de preenchimento de
150 campos e outras questões de foco operacional); **d)** acompanhamento da
151 adesão ao TISS; e, **e)** disponibilização e manutenção do aplicativo TISS.
152 Concluiu, revelando que a consulta pública estava aberta e que grande número
153 de contribuições haviam sido recebidas; dessa forma, após avaliação da
154 Agência, seria feito informe à Câmara, com apresentação das sugestões
155 acatadas e daquelas que não puderam sê-lo. Na seqüência, Dr. **Fausto dos**
156 **Santos** abriu a palavra aos presentes. Dr. **José Cláudio Oliveira**, da
157 UNIMED, perguntou se, ao final do prazo de nove meses para a empresa
158 adaptar-se ao TISS somente poderia haver alguma alteração 360 dias após a
159 publicação da RN. Em resposta, Dr. **José Leônicio Feitosa**, da DIDES/ANS,
160 explicou que os prestadores e as operadoras teriam prazo de nove meses para

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

161 a implantação do TISS e teriam que permanecer 360 dias sem realizar
162 qualquer alteração. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, ressaltou que
163 o Projeto estava sendo analisado pelas comissões técnicas da Federação com
164 previsão de oferecer contribuições e solicitar eventuais esclarecimentos até o
165 prazo de encerramento da consulta pública, 14 de março. Entretanto, adiantou
166 que gostaria de chamar a atenção para um aspecto em relação ao ambiente
167 todo envolvido: o TISS fora inicialmente estruturado para possibilitar a troca
168 de informações entre operadoras e prestadores de serviços hospitalares;
169 contudo percebia que essa abrangência fora ampliada, passando a contemplar
170 também consultórios médicos, clínicas e laboratórios. Dessa perspectiva,
171 ponderou que esses segmentos acabariam enfrentando dificuldades em
172 adaptar-se ao TISS, em razão da capacidade operacional, financeira e
173 econômica diferenciada em relação aos demais atores, para investir em um
174 sistema desse porte, especialmente os prestadores de serviços com baixo
175 movimento de atendimento e cuja escala comporte o investimento. Ressaltou
176 que o assunto merecia ser mais bem detalhado e debatido. Dr. **José Carlos**
177 **Abrahão**, da CNS, parabenizou a Agência pelo projeto, dada a sua importância
178 para o setor saúde suplementar. Pleiteou prorrogação de prazo para a consulta
179 pública por mais trinta dias, de forma a possibilitar análise mais aprofundada e
180 a apresentação de maiores contribuições, inclusive em relação aos aspectos
181 apontados pelo Dr. **Márcio Coriolano** quanto às dificuldades de clínicas e
182 laboratórios de pequeno porte e de prestadores em se adaptar ao TISS. Além
183 disso, ressaltou que a implantação do Projeto, apesar de promover redução de
184 custos do setor em médio e longo prazos, iria demandar inicialmente aumento
185 de investimentos, por parte das empresas, no que se refere à tecnologia
186 adequada para a troca de informações bem como treinamento de funcionários.
187 Dra. **Josefa Renê Patriota**, da ADUSEPS, lamentou a ausência da Dra. **Neide**
188 **Regina Barriguelli** e destacou o seu espírito guerreiro, o qual continuava
189 presente como exemplo a ser seguido. Em relação ao TISS, avaliou o projeto
190 como perigoso, mesmo tendo em vista a possibilidade de racionalização dos
191 custos administrativos de operadoras e prestadores, pois iria expor os
192 usuários, trazendo-lhes constrangimento. Por esse motivo, posicionou-se

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

193 contra essa política de informações e sugeriu que, para reduzir os custos
194 administrativos, fossem definidos protocolos juntamente com a Associação
195 Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, solicitando a reavaliação
196 do Projeto. Dr. **Pedro Pablo Chacel**, do CFM, registrou que a posição do
197 Conselho Federal de Medicina era, em princípio, favorável ao TISS, desde que
198 o sigilo médico fosse resguardado. Na sua visão, o Projeto significa um avanço,
199 pois possibilita realizar um levantamento epidemiológico das doenças mais
200 freqüentes e dos custos dos procedimentos associados a elas, permitindo
201 avaliação dos valores cobrados. Ponderou que no futuro isso pode ser
202 extremamente útil e trazer benefícios para todos os envolvidos: usuários,
203 administradores dos planos e prestadores de serviços. Reiterou que o CFM é
204 favorável à idéia, ainda que no detalhamento da mesma possam surgir
205 aspectos com os quais venha a discordar. Dr. **Orestes Mazzariol Júnior**, da
206 UEME, manifestou-se também favorável à proposta, por entender que a troca
207 de informações é fundamental para o desenvolvimento do setor. Chamou a
208 atenção para o fato de que o sigilo médico estaria preservado e que dados
209 epidemiológicos estão disponíveis nas secretarias de saúde. Considerou,
210 entretanto, que era preciso aprofundar o debate sobre como operacionalizar o
211 envio de informações à Agência, argumentando que no setor privado, os fluxos
212 de repasse de dados entre prestadores, operadoras e profissionais não
213 estavam estruturados como ocorre no setor público. Ressaltou que seria
214 fundamental para a gestão do setor de saúde suplementar aprofundar esta
215 discussão, tendo em vista que, ao lado das limitações tecnológicas de
216 prestadores e profissionais, observavam-se também diferenças entre o perfil
217 epidemiológico da população usuária do setor de saúde suplementar e da
218 população usuária do SUS como um todo. Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB,
219 reconheceu a importância do Projeto, entretanto, salientou que os médicos
220 teriam dificuldades em incorporar à rotina de trabalho novas tecnologias que
221 significassem custos, dado que eram extremamente mal remunerados e,
222 muitas vezes, compartilhavam funcionários, dificultando a sistematização de
223 dados. Dra. **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, comentou que iria opor-se a
224 Dra. **Josefa René** em relação ao TISS e manifestou-se favorável ao Projeto,

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

225 por entender que possibilitaria, dentre outros aspectos, traçar perfil
226 epidemiológico da população usuária de planos de saúde privados, de modo a
227 obter informações sobre como as pessoas adoecem, quais os procedimentos
228 utilizados, argumentando que o País carece de dados eficientes para se
229 planejar políticas públicas de saúde e implementar um sistema de prevenção
230 de doenças. Disse que era importante saber, por parte dos prestadores e das
231 operadoras, quais eram as negativas quando médicos solicitam exames e
232 outros procedimentos. Em resposta às intervenções dos integrantes da
233 Câmara, Dr. **José Leôncio Feitosa**, da DIDES/ANS, declarou que, a julgar
234 pelas intervenções, houvera entendimento do papel do TISS, como projeto
235 integrado ao conjunto de ações da Agência, destacando que esse conjunto
236 envolvia não só a prevenção de doenças e a promoção da saúde, mas também
237 o conhecimento das realidades e práticas realizadas pelo setor de saúde
238 suplementar. Comentou que as doenças apresentavam-se de forma diferente
239 por faixa etária, por estado, e que por isso é importante que as operadoras
240 tenham a noção exata do quadro epidemiológico dos clientes para, assim,
241 buscar a prevenção e a promoção. Informou que levaria à Diretoria Colegiada
242 da ANS a solicitação do Dr. **José Carlos**, da CNS, de postergar por mais 30
243 dias o prazo da consulta pública, ponderando que a decisão seria tomada a
244 partir do fluxo de demandas encaminhadas à Agência a partir de um
245 determinado prazo do fim da consulta. Enfatizou a importância de os médicos
246 participarem do Projeto, apesar de serem mal remunerados, porque os seus
247 custos administrativos seriam reduzidos e os seus dados seriam padronizados,
248 melhorando a eficiência e a qualidade do atendimento. Em relação ao repasse
249 dos dados, apontado pelo dr. Orestes, destacou que o tempo de implantação e
250 de não modificação por 360 dias visava a contemplar o descompasso no fluxo
251 de informação entre operadoras e hospitais. Asseverou que a Agência possui
252 poder legal para obrigar o envio de dados, com fidedignidade, por parte de
253 operadoras, utilizando-se da aplicação da multas previstas; porém, a Agência
254 não iria cobrar responsabilidade destas pelo não envio de dados que não lhes
255 eram cabíveis, a exemplo daqueles mantidos em hospitais. Conclui
256 considerando que essa questão seria aprofundada na consulta pública, assim

257 como as dificuldades relativas aos consultórios para o repasse dos dados. Dr.
258 **Pedro Pablo Chacel**, do CFM, reiterou o apoio ao Projeto e enfatizou a
259 necessidade de a Agência, cumprindo a sua finalidade legal, fiscalizar as
260 operadoras, de forma a garantir a segurança dos dados repassados. Dra.
261 **Josefa Renê Patriota**, da ADUSEPS, esclareceu que no passado se
262 manifestara contrária ao PIAC, por entender que este prejudicaria os
263 beneficiários e que, um ano após o lançamento, a ANS acabou reconhecendo
264 que o Programa fora um equívoco e o suspendeu, trazendo prejuízos aos
265 consumidores que haviam optado em participar do PIAC. Afirmou que o
266 mesmo ocorreria com o TISS e, por esse motivo, havia se declarado contra o
267 Projeto. Além disso, perguntou o qual era o posicionamento da Agência sobre
268 as 52 ações judiciais, impetradas em Recife, até o mês de fevereiro de 2005,
269 devido à negativa de autorização para os procedimentos por falta de
270 informação. Solicitou ainda esclarecimento sobre o que estaria por detrás da
271 alegada falta de informação, e relatou caso de usuário que, após seis meses de
272 adesão ao plano, havia sofrido um infarto agudo do miocárdio e a operadora
273 negara tratamento, alegando que no contrato o referido usuário tinha
274 informado ser portador de hipertensão arterial. A propósito, indagou se
275 hipertensão eranexo causal de infarto agudo do miocárdio. Por fim, com
276 relação ao TISS, pediu esclarecimento sobre se o repasse dos dados por
277 prestadores e hospitais seria feito antes das autorizações dos procedimentos e
278 qual a relação entre dois tipos de atividades. Dr. **José Leôncio Feitosa**, da
279 DIDES/ANS, esclareceu que as 52 ações impetradas em Recife, certamente,
280 referiam-se a planos antigos, uma vez que, segundo dados da Agência, eram
281 raras as denúncias de planos novos negando cobertura. Por fim, ressaltou que
282 a informação somente poderia ser prestada quando existisse, logo, não poderia
283 ser feita antes da autorização. Dr. **Fausto dos Santos** acrescentou que a
284 troca de informações abrangia eventos ocorridos e que o sistema não era
285 preparado para lidar com processos de autorização, visto que esta era uma
286 relação que cada empresa assumia com seus prestadores, sendo, portanto, de
287 caráter absolutamente particular. Definido esse ponto, passou ao item três da
288 pauta. **ITEM 3 – CONCURSO DA ANS** – Dr. **Gilson Caleman**, da

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

289 DIGES/ANS, apresentou informe sobre o concurso público da ANS cujo edital
290 havia sido publicado no dia 26 de janeiro de 2005 e a abertura das inscrições,
291 no dia 21 de fevereiro. Explicou que o objetivo principal do concurso era o
292 provimento efetivo, no padrão inicial, dos cargos de Especialista em Regulação
293 de Saúde Suplementar, de Analista Administrativo e de Técnico Administrativo,
294 uma vez que o corpo de Recursos Humanos da Agência era composto por
295 funcionários com contratos temporários, cedidos por outros órgãos e
296 terceirizados. Disse que as taxas de inscrição de R\$ 65,00 e R\$ 35,00 para
297 nível superior e nível médio, respectivamente, permitiriam o amplo acesso das
298 pessoas ao concurso. Informou que o CESPE, entidade ligada à Universidade
299 de Brasília seria responsável por realizar o concurso e as inscrições, que se
300 encerrariam no dia 6 de março de 2005, e deveriam ser feitas eletronicamente,
301 pela internet. Explicou que as provas para os cargos de Especialista em
302 Regulação de Saúde Suplementar e de Analista Administrativo seriam
303 realizadas no dia 16 de abril de 2005 e para os cargos de Técnico
304 Administrativo, no dia 17 de abril de 2005. Além disso, disse que seriam
305 aplicadas provas nos locais onde a Agência possui representação (Belém, Belo
306 Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro,
307 Salvador e São Paulo), na perspectiva de ampliar o acesso das pessoas ao
308 concurso. Ressaltou que a remuneração inicial para o cargo de Especialista em
309 Regulação de Saúde Suplementar era de, aproximadamente, R\$ 2.900,00
310 somada à gratificação por atividade de R\$ 583,00 totalizando, R\$ 3.480,00; a
311 do cargo de Analista Administrativo de, aproximadamente, R\$ 2.900,00; e a do
312 cargo de Técnico Administrativo, R\$ 1.399,00. Acrescentou que esses salários
313 eram iniciais e a Agência teria que, concomitante à realização do concurso,
314 definir plano de cargo e salários, levando-se em consideração o tempo de
315 serviço e o desempenho dos servidores. Disse que seriam oferecidas 310
316 vagas, distribuídas da seguinte maneira: 188 para Especialista em Regulação;
317 55 para Analista Administrativo; e 67 para Técnico Administrativo. Informou
318 que entre 21 de fevereiro (abertura das inscrições) e 25 de fevereiro de 2005,
319 haviam sido contabilizadas 15.400 inscrições e que a previsão total era de 50
320 mil, com média de aproximadamente, quatro mil inscrições por dia. Ressaltou

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

321 que o cargo de Especialista em Regulação de Saúde Suplementar seria dividido
322 em especialidades - Atuária; Administração; Ciências Contábeis e Economia;
323 Estatística; Direito; e Ciências Biológicas da Saúde, principalmente voltada
324 para epidemiologia, enfermagem, medicina e odontologia – sendo aceita
325 formação superior em qualquer área. Informou, ainda, que do total de vagas
326 oferecidas, 5% seriam providas, na forma do Decreto n.º 3.298, de 20 de
327 dezembro de 1999, para as pessoas portadoras de deficiências, exceto para os
328 cargos e especialidades para os quais houvesse apenas uma vaga. Concluindo,
329 afirmou que o concurso possibilitaria a definição de um corpo técnico para a
330 Agência que iria manter a qualidade dos serviços prestados. Dr. **Fausto dos**
331 **Santos** chamou a atenção para a importância do concurso, uma vez que
332 possibilitaria a estabilização do quadro funcional da Agência, que vinha
333 trabalhando com contratos temporários, pessoal cedido e contratado por
334 organismos internacionais, obrigando a uma rotatividade muito grande. Além
335 disso, destacou que o motivo de fazer o informe sobre o concurso para a CSS
336 era no sentido de que a Câmara pudesse contribuir para a definição do perfil e
337 padrão de regulação que será objeto do corpo técnico efetivo da Agência. Dr.
338 **José Leôncio Feitosa**, da DIDES/ANS, salientou que o Governo do Presidente
339 **Lula** vinha trabalhando para requalificar o setor público, com ações em vários
340 setores, e que a realização do concurso público para a ANS era parte dessa
341 Política de Governo para qualificar o Estado. Definido esse ponto de pauta, foi
342 iniciada a discussão sobre a qualificação da saúde suplementar. **ITEM 4 –**
343 **QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR –** Dr. **Gilson Caleman**, da
344 DIGES/ANS, apresentou um balanço das atividades realizadas desde o
345 lançamento do Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar, em dezembro
346 de 2005. Parabenizou o corpo técnico da ANS e as entidades representativas
347 dos segmentos do setor pela qualidade técnica do debate acerca do Projeto,
348 destacando que este era ponto fundamental para que o primeiro objetivo do
349 Projeto fosse cumprido: reunir os atores do setor em torno de um interesse
350 comum. Afirmou que a segurança, consistência, flexibilidade e transparência
351 eram também considerados pelo corpo técnico e Diretoria Colegiada,
352 pressupostos necessários à qualificação do setor. A respeito do componente 1

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

353 do Projeto: qualificação das operadoras, lembrou que a primeira fase iria
354 trabalhar com 22 indicadores - atenção à saúde (oito); econômico financeiro
355 (oito); estrutura e operação (cinco); satisfação do beneficiário (um); a
356 segunda fase, com 42 indicadores - atenção à saúde (23); econômico
357 financeiro (oito); estrutura e operação (oito); e satisfação do beneficiário
358 (três); e a terceira fase, com 56 indicadores - atenção à saúde (34);
359 econômico financeiro (oito); estrutura e operação (dez); e satisfação do
360 beneficiário (quatro). Informou que, conforme sugestão de entidades, seriam
361 incluídos, no conjunto de indicadores econômico financeiro, dois indicadores de
362 solvência. A respeito do índice de satisfação do usuário, explicou que estava
363 sendo discutida a definição de indicadores, que permitiriam aferir esse índice
364 com mais adequação; acrescentando que estava sendo também discutida a
365 incorporação do TISS nesse processo, levando-se em conta as alterações feitas
366 no Sistema de Informação e Produtos (SIP). Relatou que, desde o lançamento
367 do Projeto, no dia 12 de dezembro de 2005, haviam sido realizadas seis
368 oficinas regionais (São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Rio Grande do
369 Sul e Pernambuco), totalizando 895 participantes e 351 operadoras. Além
370 desta atividade, informou que fora iniciado debate com as entidades
371 representativas dos prestadores a respeito da troca de informação e que a
372 partir do dia 28 de dezembro de 2004 havia sido disponibilizado às operadoras
373 o cálculo dos indicadores. Destacou o interesse das operadoras podia ser
374 comprovado pelo número de consultas realizadas: 7.153 consultas ao banco de
375 dados disponibilizado por parte de 1.164 operadoras. Ressaltou que a Agência
376 havia realizado nove reuniões com as operadoras para discutir o Projeto, tirar
377 dúvidas e receber sugestões (muitas delas já acatadas). Além disso, destacou
378 que 917 demandas foram enviadas, por e-mail ou por ofício, e, desse total,
379 86% já haviam sido respondidas. Explicou que no período de 28 de dezembro
380 de 2004 a 11 de fevereiro de 2005 as operadoras puderam alterar suas bases
381 de dados (segundo o normativo), visando o próximo processamento dos
382 indicadores: **a)** Sistema de Informação de Produtos (SIP): 215 operadoras
383 alteraram os dados de 2003; e **b)** Sistema de Informações de Beneficiários
384 (SIB): 1.245 operadoras alteraram o sistema. Ressaltou que, a partir do

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

385 Projeto, o debate sobre as informações de caráter epidemiológico passou a ter
386 uma importância fundamental e a discussão do TISS complementava esse
387 processo. Explicou que a divulgação dos dados seria feita, provavelmente, no
388 mês de março de 2005, dada a grande quantidade de informações que
389 precisam ser processadas. Acrescentou que os dados a serem divulgados
390 seriam seguros e fiéis à realidade, com base em informações concretas, a fim
391 de não cometer nenhum tipo de injustiça em relação às operadoras. Ressaltou,
392 ainda, que o Projeto tinha por objetivo induzir a discussão de novas agendas
393 de promoção e prevenção - e não punir as operadoras - e a Agência faria um
394 esforço para romper com critérios preconceituosos de avaliação ("lista negra"
395 ou "ranking" de operadoras), divulgando os dados por segmento e por porte,
396 com estratégia a ser definida pela Diretoria Colegiada. No que se refere ao
397 componente 2 do Projeto: qualificação institucional, lembrou que o objetivo era
398 monitorar e subsidiar a avaliação institucional, com prioridade para indicadores
399 que demonstrassem as ações desenvolvidas de forma compartilhada,
400 fundamentados nas diretrizes políticas e estratégicas da ANS, no Contrato de
401 Gestão, na Resolução Normativa nº 81 e nas demais normas regulamentadoras
402 da saúde suplementar. Explicou que, visando a qualificação institucional da
403 Agência, seria realizado processo de avaliação interna do seu desempenho,
404 uma vez que o Contrato de Gestão permitia um processo de avaliação externo.
405 Para o componente 2 do Projeto, disse que estavam previstas as seguintes
406 iniciativas: **a)** processamento das alterações do banco de dados e das fichas
407 técnicas (primeira fase), com a participação das operadoras e do Ministério da
408 Saúde; **b)** divulgação dos resultados dos indicadores institucionais, juntamente
409 com os indicadores de qualificação das operadoras (prevista para o mês de
410 março de 2005); **c)** manutenção de agenda permanente com os atores
411 envolvidos; e **d)** realização de oficina com os prestadores a partir do mês de
412 abril de 2005 e revisão das fichas técnicas, quando necessário. Concluindo,
413 ressaltou que a qualidade técnica do Projeto estava sendo garantida pelo alto
414 nível de discussões com o corpo técnico da Agência e com os atores
415 envolvidos. Na seqüência, **Dr. Fausto dos Santos** abriu a palavra para
416 manifestações dos integrantes da Câmara. **Dr. Márcio Serôa Coriolano**, da

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

417 FENASEG, inicialmente, registrou que a Federação era favorável à implantação
418 de um padrão de troca de informações e ao Projeto de Qualificação da Saúde
419 Suplementar. Chamou a atenção para a importância dos atores do setor
420 debaterem e trocarem informações sobre o Projeto de Qualificação, que, na
421 sua visão, definia o modelo de regulação da Agência. Além disso, solicitou
422 vênua para distribuir aos integrantes da Câmara o documento da FENASEG,
423 enviado a DIGES/ANS, no dia 21 de janeiro de 2005, que apresentava
424 considerações sobre o referido Projeto. Ressaltou que uma das preocupações
425 da Federação levantada no documento referia-se à proposta de “ranking” de
426 operadoras, haja vista a necessidade de confiabilidade e segurança total dos
427 dados a serem divulgados - o que, no entendimento da Federação, não era
428 possível garantir nessa primeira etapa do Projeto - e por ser a divulgação
429 tarefa afeta a empresas e instituições especializadas na preparação de
430 *rankings* e *ratings* que inclusive poderão criticar a estruturação do projeto com
431 risco para sua credibilidade. Disse que a FENASEG também manifestara
432 preocupação com a dimensão assistencial, uma vez que as seguradoras não
433 conseguiram obter dos prestadores as informações obrigatórias e que o
434 equilíbrio econômico financeiro das operações era pressuposto para garantir
435 essa dimensão. A respeito da dimensão econômico-financeira, destacou que
436 fora acatada, pelos técnicos da ANS, a proposta da Federação de incluir
437 indicadores de solvência. Informou que foram constituídos grupos de trabalho
438 no âmbito da FENASEG para analisar as dimensões do Projeto e definir
439 alternativas e proposições de indicadores, na perspectiva de garantir
440 qualificação adequada ao setor. Avaliou que a publicação de índice de
441 comparação das operadoras representava risco muito elevado, haja vista a
442 complexidade do Projeto e o alto custo de eventuais “erros” para o beneficiário
443 e segurado. Concluiu conclamando todos os setores para trocar informações e
444 apoiar o Projeto no sentido de se alcançar o melhor resultado para todos. Dr.
445 **Mário Scheffer**, do Conselho Nacional de Saúde, destacou que a divulgação
446 de “ranking” nominal das operadoras era iniciativa importante para o usuário
447 e, a propósito, perguntou sobre os prazos para essa divulgação e a garantia da
448 sua continuidade. Ao mesmo tempo, lembrou que o “ranking” elaborado com

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

449 base nas reclamações do Disque ANS não fora uma boa experiência e que
450 houvera uma série de contestações a respeito da metodologia utilizada. Nesse
451 sentido, perguntou como havia sido constituído o indicador do índice de
452 satisfação dos beneficiários do Projeto, entendendo que a Agência deveria
453 apresentar metodologia mais confiável e transparente para essa aferição. Dr.
454 **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, manifestou o apoio do seu segmento ao
455 processo de qualificação do setor de saúde suplementar, entretanto, registrou
456 que o Projeto de Qualificação da Agência vinha suscitando dúvidas, inclusive, a
457 respeito da eficácia de determinados dados para a comprovação da qualidade
458 do atendimento à saúde. Disse reconhecer a necessidade de a Agência ter o
459 perfil e a qualificação das operadoras; todavia, registrou que a proposta de
460 divulgação de “ranking” trazia preocupações, uma vez que a utilização
461 equivocada dos dados poderia abalar a credibilidade das empresas e trazer
462 prejuízos para o setor. Nessa linha, solicitou que qualquer tipo de divulgação
463 de dados a respeito das operadoras fosse analisada da forma mais criteriosa
464 possível. Com relação à questão do registro de produtos, destacou as
465 reclamações das operadoras quanto à complexidade e burocracia para realizar
466 esse processo. De tal forma, sugeriu que fosse obedecida a antiga sistemática
467 para o registro de produtos até que se chegasse ao registro definitivo das
468 operadoras, que, por enquanto, estavam com registro provisório. Dr. **José**
469 **Cláudio Oliveira**, da UNIMED, sinalizou, a princípio, a sua preocupação com o
470 fato de o Projeto não ter considerado a peculiaridade dos segmentos do setor
471 suplementar. Explicou, por exemplo, que as cooperativas não buscavam
472 retorno do patrimônio líquido, por se tratar de sociedade de capital e que a
473 despesa assistencial deveria ser maior que a das operadoras, em virtude da
474 sua estrutura. Além disso, destacou que, para medir o índice de satisfação do
475 beneficiário, não poderia ter sido utilizado como parâmetro o índice de
476 reclamações, que é extraído pelo número de ligações do disque ANS, pois
477 essas ligações significavam tão somente o indício de irregularidade. Manifestou
478 também preocupação com a proposta de divulgação de “ranking” das
479 operadoras, por entender que poderia abalar a credibilidade das operadoras e
480 incentivar a saída de usuários. Disse que a ANS possuía competência legal para

481 levantar informações sobre a atuação das operadoras, contudo, tinha dúvida a
482 respeito da conveniência e oportunidade da publicação desses dados. Dr. **José**
483 **Diniz de Oliveira**, da UNIDAS, registrou o apoio do seu segmento ao TISS e
484 ao Projeto de Qualificação do Setor de Saúde Suplementar. Todavia, disse que
485 era preciso cautela ao publicar os dados, já que isso poderia causar
486 intranquilidade aos beneficiários e ao setor. Nessa linha, enfatizou a
487 necessidade de a Diretoria de Gestão aprofundar o debate interno para
488 aprimorar a ferramenta de avaliação do setor e analisar o processo de
489 divulgação externa do Projeto. Dr. **Mohamad Akl**, Presidente da Central
490 Nacional da UNIMED, que participou como convidado, destacou que a provisão
491 de eventos ocorridos e não avisados assim como a unidade variável de
492 pagamento ao médico, feita pelas cooperativas, poderiam interferir de forma
493 negativa na qualificação do setor. A propósito da dimensão da atenção à
494 saúde, exemplificou que, ao se falar de doenças nas operações, eram
495 consideradas apenas aquelas causadas por hemorragia ou por infecções anti-
496 sépticas na cavidade uterina, desconsiderando, portanto, outras complicações.
497 Dessa forma, uma operadora poderia ter percentual de quatro histerectomias
498 no universo de quatro a cinco mil partos e receber nota zero, quando esse
499 percentual, sob o ponto de vista estatístico, não é considerado tão elevado. Em
500 relação à permanência do beneficiário no plano de saúde, disse que deveria ser
501 considerada a situação das operadoras cujos contratos empresariais eram
502 cancelados em virtude de rescisões de contrato de funcionários, pelas
503 empresas, independente da vontade da operadora. Além disso, falou sobre a
504 situação da UNIMED, que, em 2003, recebera 172 reclamações concernentes
505 aos contratos que migraram da então liquidada UNIMED de São Paulo para a
506 Central Nacional. Disse que a Central fora autuada por apenas duas dessas
507 reclamações, entretanto, para o cálculo desse índice, haviam sido consideradas
508 as 172 reclamações. Ressaltou que era preciso equacionar essas questões que
509 traziam problemas para todos os atores do setor, de forma a garantir melhor
510 atendimento ao usuário. Diante das considerações dos integrantes da Câmara,
511 Dr. **Gilson Caleman**, da DIGES/ANS, solicitou novamente aos segmentos que
512 fossem constituídos grupos técnicos para aprofundar o debate e apresentar

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

513 contribuições ao Projeto, uma vez que esses espaços permitiriam a discussão
514 contínua e permanente de questões específicas. A propósito do índice de
515 satisfação dos usuários, destacou que, considerando que a metodologia
516 utilizada não permitia verificar, de forma clara e concreta, o grau de satisfação,
517 seriam incluídos dois índices chamados “indicadores positivados”, que, de fato,
518 possibilitariam comprovar a reclamação feita e evitar julgamento equivocado.
519 Além disso, informou que estava sendo realizado estudo para mudar a ficha
520 técnica e que as críticas e sugestões dos segmentos vinham contribuindo para
521 aprimorar esse instrumento. Ressaltou que a divulgação dos dados era uma
522 questão estratégica no âmbito do Projeto e que, por essa razão, seria feita
523 com grande responsabilidade, sendo pautada a partir da dinâmica da
524 comunicação social e do processamento. Ponderou, ainda, que o processo
525 inicial possuía fragilidades, tendo destacado que a dimensão da atenção à
526 saúde, por exemplo, trabalhava com quatro indicadores em um universo de
527 34. Conclui enfatizando que a segurança, a consistência e a flexibilidade iriam
528 pautar o processo de qualificação do setor. Dr. **José Martins Lecheta**, da
529 CMB, registrou que a Confederação das Santas Casas de Misericórdia
530 reconhecia a importância conceitual do Projeto de Qualificação, uma vez que
531 contribuiria para aprimorar o setor. Contudo, indagou se a proposta previa a
532 realização de auditoria externa, haja vista que seria divulgada uma série de
533 informações das empresas participantes do setor. Além disso, manifestou-se
534 contrário à divulgação dos resultados do índice de desempenho das operadoras
535 na primeira fase do Projeto, por entender que seriam necessários ajustes no
536 decorrer do processo. Entretanto, no caso de a divulgação ser inevitável,
537 solicitou que a Agência definisse mecanismo jurídico que restringisse a
538 utilização dos dados com fins publicitários. Dra. **Josefa Renê Patriota**, da
539 ADUSEPS, perguntou, inicialmente, qual era o objeto da qualificação do setor
540 de saúde suplementar (Qual público? Quais empresas? Que tipo de contrato?)
541 Solicitou também que a Diretoria Colegiada avaliasse a questão do prazo de
542 dois anos de carência temporária, em especial a respeito da hipertensão
543 arterial, a fim de perceber a gravidade da questão e o quanto as exclusões
544 desse item seriam prejudiciais para avaliação da qualidade do setor. Discordou

545 que os contratos fossem avaliados apenas com base nas reclamações feitas
546 por telefone, uma vez que necessitava de maior embasamento. Disse ser
547 importante debater a relação qualidade x contrato x produtos x multas, tendo
548 em vista o perdão, por parte da ANS, das multas altíssimas aplicadas às
549 empresas, em 2003 e 2004, por conta de infrações e irregularidades. Além
550 disso, perguntou qual a definição da ANS a respeito dos contratos
551 empresariais, uma vez que as pessoas demitidas ou aposentadas poderiam
552 permanecer no contrato apenas durante dois anos. Finalizou destacando que a
553 qualificação da saúde suplementar seria possível somente com a definição da
554 ANS a respeito da adaptação. Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da
555 UNIODONTO, destacou a importância de o processo de qualificação levar em
556 conta as particularidades dos segmentos, ressaltando que cooperativas, a
557 exemplo da UNIMED e UNIODONTO, possuíam modo operacional diferenciado
558 em relação à prevenção, pois isso era considerado parte integrante da postura
559 do próprio cooperado, independente de o evento ser demonstrado no SIP.
560 Afirmou que esses aspectos deveriam ser mais bem avaliados dentro da ANS,
561 com a participação das operadoras, de modo que estas pudessem apresentar
562 contribuições ao Projeto. Enfatizou ser necessário aprofundar o debate sobre a
563 “transparência”, salientando que os cooperadores não tinham conhecimento
564 sobre o modo de elaboração do Programa e que a Agência desconhecia como
565 as cooperativas operavam. Esclareceu que as informações encaminhadas à
566 Agência eram enviadas sob a ótica desta e não sob a ótica de como as
567 cooperativas trabalhavam internamente os critérios de divisão de evento.
568 Dessa forma, considerou ser necessária a realização de estudo mais
569 aprofundados sobre estas questões e que uma divulgação de informações
570 sobre operadoras, dali a 30 ou 60 dias, parecia medida bastante precipitada,
571 com possibilidade de trazer danos não só para o mercado mas também para a
572 Agência. Em resposta às intervenções, Dr. **Gilson Caleman**, da DIGES/ANS,
573 inicialmente, enfatizou a necessidade de manter a discussão das peculiaridades
574 dos segmentos em grupos técnicos. Em relação à transparência, ressaltou que
575 cada indicador possuía uma ficha técnica, que estava divulgada no *site* da ANS
576 e que, a partir da semana subsequente, um CD-ROM seria encaminhado às

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

577 operadoras e aos atores do setor, contendo todo o processo de qualificação.
578 Além disso, destacou que a ficha técnica estava em constante discussão, de
579 forma a garantir transparência ao processo, uma vez que esse instrumento
580 possuía um componente técnico-científico fundamental. Quanto à divulgação
581 dos dados, disse que seria objeto de ampla discussão na Diretoria Colegiada e
582 que o grupo técnico, certamente, encontraria mecanismo viável para isso. A
583 propósito da realização de auditoria externa, informou que determinados
584 dados, os econômicos financeiros e a tabela do SIP, por exemplo, já eram
585 auditados pela ANS. Além disso, explicou que o grupo técnico estava
586 discutindo formas de validar as informações e que a auditoria externa poderia
587 ser um dos mecanismos para isso. Com relação à colocação feita pelo Dr. **José**
588 **Cláudio**, da UNIMED, a Dra. **Maria Stella Gregori**, da DIFIS/ANS, esclareceu
589 que na gestão anterior da ANS havia se manifestado de forma contrária à
590 utilização do índice de reclamações para estabelecer “ranking” de empresas,
591 tendo em vista que o Decreto 2.181, que regulamenta o Código de Defesa do
592 Consumidor, prevê que os órgãos de defesa do consumidor só podem dar
593 publicidade a uma informação que esteja fundamentada. Dessa forma,
594 defendera que a Agência somente informasse as reclamações que houvessem
595 sido julgadas em âmbito administrativo e declarou que, como fora voto
596 vencido, o índice de ranqueamento passara a vigor. Comentou que a equipe
597 que está estudando o Programa havia sugerido a utilização deste índice e que
598 a decisão da Diretoria Colegiada fora tomada com base no índice de
599 reclamações encaminhadas via Disque ANS, os quais ela considerava frágeis
600 como dados. Sugeriu como alternativa a discussão de índice de satisfação do
601 usuário, utilizando-se, numa primeira fase, dos dados das decisões em
602 primeira instância e, numa segunda fase, das decisões relativas a reclamações
603 já julgadas pela Diretoria Colegiada, que é a última instância administrativa no
604 âmbito da ANS. Disse que essa proposta ainda não havia sido referendada pelo
605 grupo técnico, e que por isso não tinha sido julgada pela Diretoria. Acrescentou
606 que era interessante o apoio das entidades de defesa do consumidor nessa
607 discussão. Em relação às multas aplicadas pela ANS, explicou que o índice era
608 realmente muito alto, contudo, afirmou que estas haviam sido aplicadas de

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

609 acordo com o ato normativo vigente. Destacou que, seguindo o artigo 29 da
610 Lei nº 9.656/98, a Agência firmara termo de compromisso de ajuste com
611 operadoras (inicialmente com Bradesco Seguros e Sul América, sendo que
612 estava havendo negociação com outras operadoras), visando à cessação da
613 prática de infração. Além disso, disse que paralelamente ao termo de
614 compromisso de ajuste de conduta fora co-autora do termo de compromisso,
615 previsto também na Lei nº 9.656/98, assinado pelas operadoras, por todos
616 diretores da Agência Nacional de Saúde e pelo Ministério da Justiça, na pessoa
617 do Doutor **Daniel Goldemberg**, a fim de evitar que, futuramente, venham a
618 ocorrer novamente reajustes para consumidores. Dr. **Fausto dos Santos**
619 registrou a satisfação dos dirigentes da ANS com o debate do Projeto de
620 Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, por entender que em médio e
621 longo prazo este possibilitaria a consolidação do setor e evitaria eventos
622 conflituosos, a exemplo dos que ocorreram no decorrer de 2003 e 2004, sem
623 falar nos desgastes para os consumidores, para as operadoras e para a
624 Agência. Considerando a importância da proposta de qualificação do setor,
625 enfatizou que a Agência definiria todas as salvaguardas possíveis para que não
626 fossem cometidos injustiças e erros que comprometessem o Projeto e o setor.
627 Concluindo, ressaltou a necessidade de os segmentos contribuírem para a
628 melhoria do Projeto, a fim de que fosse implementado a contento. Definido
629 esse ponto, passou ao item cinco da pauta. **ITEM 5 – CONTRATO DE**
630 **GESTÃO** – Dr. **Fausto dos Santos** convidou o Secretário-Geral da ANS,
631 **Aluísio Gomes da Silva**, para apresentação de informe sobre o Contrato de
632 Gestão. Dr. **Aluísio Silva** explicou que o Contrato de Gestão consistia em um
633 instrumento legal firmado com a União, por meio do Ministério da Saúde, onde
634 eram definidas as atribuições legais da Agência. Lembrou que a ANS possuía
635 por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na
636 assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive
637 quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o
638 desenvolvimento das ações de saúde no país. Com base nessa atribuição, o
639 Contrato de Gestão 2005, assinado em 31 de dezembro de 2004 e com
640 vigência até 31 de dezembro de 2005, pactuava 16 metas a serem aferidas por

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

641 16 indicadores que estavam estruturados em torno de quatro diretrizes e 12
642 objetivos estratégicos da ANS. Enumerou as diretrizes estratégicas do Contrato
643 de Gestão e os respectivos objetivos estratégicos, a saber: **I)** A qualificação da
644 saúde suplementar – 1) Promover o controle do acesso e da qualidade da
645 assistência prestada pelo Setor de saúde Suplementar; 2) promover a
646 consolidação do quadro de servidores e a implantação de políticas e
647 ferramentas para a gestão de RH; 3) Promover a consolidação da ação
648 regulatória da ANS, a partir da implantação de agendas transversais; 4)
649 Garantir o acompanhamento e monitoramento da cobertura e dos aspectos
650 sanitários e epidemiológicos da assistência no setor; **II)** A integração do setor
651 de saúde suplementar com o setor público – 5) Aperfeiçoar o processo de
652 ressarcimento ao SUS; 6) Garantir a integração dos Sistemas de Informação
653 da ANS aos Sistemas de Informação do SUS; **III)** A indução da
654 sustentabilidade do mercado – 7) Adotar mecanismos de monitoramento,
655 avaliação e melhoria de processos da ação institucional; 8) Promover a
656 regularização permanente de registros de operadoras e produtos; 9) Promover
657 a permanente capacitação, a competitividade e o equilíbrio econômico-
658 financeiro do setor; 10) Promover a concessão de autorização de
659 funcionamento de operadoras; e, **IV)** A garantia de confiabilidade e
660 credibilidade institucional – 11) Promover a construção de uma relação
661 usuário/serviço que se direciona pelo direito à saúde do consumidor; 12)
662 Acompanhamento e fiscalização de OP e prestadoras nos aspectos assistenciais
663 e econômico-financeiros. Apresentou e comentou alguns exemplos de objetivos
664 estratégicos, como o de nº 4, cuja meta era medir, por meio da análise de
665 dados informados pelas operadoras no SIP, a qualidade da atenção no âmbito
666 da saúde suplementar, estando, portanto, associado ao Projeto de
667 Qualificação. Outros objetivos estratégicos comentados pelo Dr. **Alúísio** foram
668 o de nº 6, cuja meta é disseminar a padronização da troca de informações
669 entre 30% dos prestadores de serviços em saúde suplementar; o de nº 7, cuja
670 meta era aferir 85% das operadoras que efetivamente recolheram a Taxa de
671 Saúde Suplementar em relação ao total de operadoras registradas na ANS, e o
672 de nº 12, cuja meta estabelecida é trabalhar com 100% do fechamento dos

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

673 processos, com vistas a aferir a efetividade da fiscalização. Concluindo,
674 informou que a íntegra do Contrato de Gestão 2005 estava disponível no *site*
675 da ANS e colocou-se à disposição para maiores esclarecimentos. Na seqüência,
676 Dr. **Fausto dos Santos** abriu a palavra para manifestações dos integrantes da
677 Câmara. Dr. **Adriano Matheis Londres**, da CNC, agradeceu a Agência pela
678 rapidez com que o debate dessa matéria fora pautado e perguntou se haviam
679 sido feitas mudanças nas metas previstas para 2004. O Secretário-Geral da
680 ANS respondeu que foram feitas adaptações nas metas que não correspondiam
681 às mudanças promovidas pela ANS no campo institucional e no seu campo de
682 atuação. Dr. **José Antônio Diniz**, da UNIDAS, solicitou maiores
683 esclarecimentos sobre o objetivo setorial relativo à promoção da regularização
684 permanente do registro de operadoras e produtos, tendo em vista que as
685 operadoras enfrentavam problemas para registrar produtos. Além disso,
686 perguntou quais indicadores seriam utilizados nessa regularização e qual era a
687 meta concernente ao registro de produtos. Dr. **Aluísio Silva** explicou que o
688 referido objetivo setorial estava relacionado ao registro de produtos e de
689 operadoras. Acrescentou, ainda, que havia um conjunto de indicadores,
690 contudo, optara-se por trabalhar com indicadores sínteses que pudessem ser
691 descritos no âmbito das Diretorias e do Programa de Qualificação, em maiores
692 detalhes. Além disso, informou que a meta para registro de produtos era de
693 100% das operadoras, 75% de grande porte, 75% de médio porte e 50% de
694 pequeno porte. Dr. **José Antônio Diniz**, da UNIDAS, destacou que o referido
695 objetivo setorial (promoção da regularização permanente do registro de
696 operadoras e produtos) tratava de taxa de regularização do registro de plano
697 de saúde e não de produto. Dr. **Fausto dos Santos** explicou que o produto
698 referia-se a plano de saúde. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, ressaltou
699 que tão importante quanto garantir a sustentação das operadoras era garantir
700 a dimensão assistencial é garantir a sustentação e solvência das operadoras e,
701 nessa linha, sugeriu que a constituição de reservas fosse um indicador a ser
702 perseguido pela Agência. Dra. **Josefa Renê Patriota**, da ADUSEPS, perguntou
703 os motivos da diferenciação da meta relativa ao objetivo setorial de promover
704 a regularização permanente do registro de operadoras e produtos (100% para

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

705 operadoras de grande porte; 75% para operadoras médio porte; e 50% para
706 operadoras de pequeno porte). Dr. **Fausto dos Santos** explicou que o
707 objetivo da Agência era garantir o registro de 100% do mercado, entretanto,
708 para 2005, haviam sido definidos esses parâmetros por uma questão de
709 priorização para estabelecimento de metas. Explicou que os registros de 100%
710 das operadoras de grande porte e de 75% das operadoras de médio porte
711 atingiriam mais de 90% do mercado, do ponto de vista do número de
712 beneficiários. Dra. **Josefa Renê Patriota**, da ADUSEPS, destacou que
713 deveriam ser priorizadas, a princípio, as operadoras de pequeno porte, por
714 serem em maior quantidade e por não cumprirem, muitas vezes, os
715 dispositivos da lei, com danos para os seus beneficiários. Registradas as
716 considerações dos integrantes da Câmara, Dr. **Fausto dos Santos** encerrou a
717 discussão do item, agradecendo ao Secretário-Geral da ANS, **Aluísio Gomes**
718 **da Silva**, pela apresentação e passou ao último item da pauta. **ITEM 6 –**
719 **INFORMES GERAIS –** Dr. **Fausto dos Santos** informou que o grupo técnico
720 constituído para discutir a política de reajustes havia realizado três reuniões
721 das quais não pudera participar. Nessa linha, disse que, segundo informações,
722 haviam sido apresentadas novas alternativas mas que não fora possível propor
723 uma política de reajustes que contemplasse todos os segmentos. Dr. **José**
724 **Leôncio Feitosa**, da DIDES/ANS, lembrou que a Agência havia iniciado um
725 processo de discussão com vários setores em todo o país sobre a integração do
726 Sistema de Saúde Suplementar ao SUS, com a realização de oficinas regionais.
727 Explicou que no primeiro seminário regional, realizado no Rio de Janeiro, fora
728 constituído grupo de trabalho, contudo, a discussão não havia sido muito
729 profícua. Ressaltou que nos dias 23 e 24 de fevereiro de 2005, em Belém/PA,
730 fora realizado o segundo seminário regional, com participação expressiva de
731 Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, de representantes das
732 operadoras, usuários, Conselheiros de Saúde, técnicos da Agência e
733 representantes do Ministério da Saúde, cujos resultados haviam sido
734 extremamente positivos. Destacou como pontos consensuais dos seminários:
735 **a)** reconhecimento do Sistema Único de Saúde com dois setores: sistema
736 público e sistema privado; **b)** necessidade de definir projeto comum de troca

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

737 de informações entre os sistemas privado e público e incorporar inovações
738 tecnológicas; e, **c)** importância de integrar os sistemas público e privado.
739 Ressaltou que, após a realização dos próximos seminários (Recife, Curitiba e
740 Brasília) seria definida agenda comum entre todos os atores, no sentido de
741 entender melhor o que é a integração, como pode ser feita e qual o benefício
742 que pode trazer para o setor, para o governo e para a população brasileira. Dr.
743 **Mário Scheffer**, do CNS, lamentou o fato de o Conselho Nacional de Saúde
744 não ter sido convidado a participar do processo de preparação dos seminários
745 e das suas primeiras etapas, uma vez que poderia ter contribuído com as
746 discussões devido à tradição histórica do Conselho em participar do debate
747 sobre a integração da saúde suplementar com o SUS, não só em relação ao
748 ressarcimento, mas também ao atendimento a conveniados em unidades do
749 SUS (fila dupla), à odontologia, financiamento público direto e indireto e ao
750 controle social em saúde suplementar. Nessa linha, enfatizou que era preciso
751 maior integração entre a ANS e o Conselho Nacional de Saúde, para que fatos
752 como esse não voltassem a acontecer. Dr. **José Leôncio Feitosa**, da
753 DIDES/ANS, informou que a ANS haviam remetido e-mail aos conselheiros do
754 CNS, convidando-os a participarem de todos os seminários e, nesse sentido,
755 solicitou que fosse verificada a questão da comunicação no âmbito do
756 Conselho. Em seguida, o Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, comentou a fala
757 do Dr. Leôncio no que se refere à necessidade de integração público-privado e
758 citou como exemplo a integração de sociedade de especialidade com a ANVISA
759 no sentido de avançar na normalização da aquisição de órteses, próteses e
760 equipamentos, como parte de proposta da AMB de trabalhar para que haja
761 moralidade, dirigibilidade, objetividade e ganho social. Sugeriu, assim, que
762 fosse pautado na CSS – em consonância com situação já apontada pela CPI
763 dos planos de saúde - debate sobre autarquias que prestam assistência médica
764 e vendem planos a não funcionários, competindo no setor e atuando com
765 “excessiva” liberdade no que diz respeito à cobertura desses usuários e ao
766 pagamento aos médicos. Além disso, registrou que a AMB havia solicitado,
767 oficialmente, uma nova prorrogação do prazo para contratualização, que se
768 encerraria no dia 14 de março de 2005, uma vez que os resultados alcançados

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

769 até aquele momento eram insatisfatórios. Discorreu sobre o rico debate da
770 AMB com a UNIDAS sobre o melhor formato de contrato, que resultou na
771 elaboração de uma minuta, que estava disponível no *site* da AMB. Destacou,
772 também, que a CBHPM fora praticamente estabelecida como padrão referencial
773 na referida minuta; apontou, ainda, a excelência do grupo da UNIDAS que, na
774 sua opinião, era o grupo que mais buscava estudar e conhecer o sistema
775 suplementar, considerando a frequência de eventos e fóruns que promove.
776 Explicou que a minuta fora apresentada, com sucesso, às comissões de
777 honorários estaduais e que após aprovação em nível regional, seriam
778 discutidos os seus pontos de dissenso. Nesse sentido, conclamou oficialmente
779 o Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, e o Dr. **Arlindo de Almeida**, da
780 ABRAMGE, para discutir, conjuntamente, essa proposta de contrato,
781 entendendo que não havia mais espaço para apresentação de contratos de
782 forma unilateral. Na seqüência, fez uso da palavra o Dr. **Márcio Serôa**
783 **Coriolano**, da FENASEG, que, inicialmente, destacou os resultados
784 extremamente positivos das reuniões do grupo técnico sobre a Política de
785 Reajustes, cujas propostas inovadoras apresentadas, deveriam ser, conforme
786 acordado, encaminhadas aos integrantes da Câmara para conhecimento.
787 Ressaltou, inclusive, que a FENASEG havia apresentado proposta, com base
788 em planilha de custos e também em modelo estatístico para posicionamento
789 do reajuste da operadora segundo “quartis”, e aguardava a oportunidade para
790 encaminhar uma segunda proposta em relação ao reajuste acertado com a
791 ANS, pela ocasião da celebração do termo de ajuste de conduta. Destacou os
792 resultados positivos dos Seminários de Integração com o SUS, enfatizando o
793 amplo debate sobre a questão da renovação tecnológica. A propósito, apontou
794 a necessidade de serem constituídos grupos de trabalho ou câmaras técnicas
795 para debater, junto com o rol de procedimentos, o alto custo dos materiais e
796 medicamentos, principalmente das órteses e próteses. Além disso, registrou a
797 participação de representantes da ANVISA nos seminários, chamando a
798 atenção de que a integração com as instâncias do Ministério da Saúde
799 poderiam auxiliar no processo de contenção dos custos dos referidos materiais.
800 Aproveitou a oportunidade para manifestar apoio à proposta da ABRAMGE em

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

801 relação ao registro de produtos, haja vista as exigências e burocracia para o
802 registro e os custos desse processo para as operadoras. A propósito da
803 contratualização, endossou a solicitação de prorrogação do prazo, a fim de que
804 as operadoras tivessem tempo hábil para cumprir todas as exigências e não
805 fossem multadas por descumprimento de prazo. Dra. **Josefa Renê Patriota**,
806 da ADUSEPS, registrou que o Conselho Nacional de Saúde não se posicionara a
807 respeito da solicitação da Dra. **Neide Regina Barriguelli**, feita meses antes
808 do seu falecimento, para que a ADUSEPS ocupasse a vaga da FARBRA no CNS.
809 Nesse sentido, solicitou que o Dr. **Mário Scheffer** levasse essa questão ao
810 Conselho e solicitasse resposta ao pedido da Conselheira **Neide Regina**. Além
811 disso, perguntou se a ANS possuía proposta de novo programa de adaptação,
812 porque as empresas continuavam a fazer a adaptação de forma isolada e os
813 usuários eram “pressionados” a adaptarem os seus planos. Solicitou
814 esclarecimentos, também, sobre a extensão de contratos empresariais, pois,
815 vencido o prazo legal de dois anos, as pessoas eram “excluídas” do sistema de
816 saúde privado. Por fim, perguntou se a ANS havia tomado conhecimento e
817 analisado a transferência da carteira da “Blue Life”, em Pernambuco, para a
818 “Excelsior Saúde”, haja vista que esse processo acarretava perdas para os
819 usuários, pois a “Blue Life” consistia em um contrato nacional e a Excelsior em
820 um produto regional. Dr. **Fausto dos Santos** respondeu a Dra. **Josefa Renê**
821 que a adaptação continuava prevista na Lei e, portanto, poderia ser retomada
822 a qualquer momento. Além disso, informou que, conforme dados da Agência,
823 durante o ano de 2004, mais de quatro milhões de pessoas haviam feito a
824 adaptação de contratos antigos para contratos novos e, atualmente, a maior
825 parte dos beneficiários possuía planos cobertos pela Lei nº 9.656/98. Enfatizou
826 que a Agência continuava autorizada pelo Congresso Nacional a apresentar
827 novos programas de adaptação e essa matéria estava em discussão no âmbito
828 da Agência, entendendo que se tratava de um processo extremamente
829 importante para o setor e para os consumidores de planos de saúde. A
830 propósito da extensão de contratos empresariais, explicou que o prazo legal
831 era de dois anos, logo, a Agência somente poderia garantir esse prazo.
832 Ressaltou, ainda, que não tinha conhecimento da transferência da carteira da

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

833 “Blue Life” para a “Excelsior Saúde”, mas que buscava informações e as
834 repassaria a ADUSEPS. Concluiu reiterou a necessidade de os integrantes da
835 Câmara enviarem sugestões de pauta para que as reuniões da Câmara fossem
836 cada vez mais produtivas e reafirmou que a ANS estava aberta para debater os
837 assuntos colocados na reunião e outros de interesse do setor. Em seguida, Dr.
838 **José Antônio Diniz**, da UNIDAS, informou que, nos dias 26 e 27 de abril de
839 2005, seria realizado, em Brasília, o 4º Fórum Jurídico da UNIDAS, com o
840 objetivo de discutir a Resolução Normativa nº 85, a Lei do Ato Médico, a Lei nº
841 232 e o Projeto de Lei nº 3.466, que dispõe sobre a remuneração do trabalho
842 médico. Convidou a Agência para apresentar projetos do setor de saúde
843 suplementar no Fórum e os integrantes da Câmara para contribuírem no
844 debate de temas relacionados ao setor. Além disso, registrou sua homenagem
845 a Dra. **Neide Regina Barriguelli**, pela forma combativa e aguerrida com que
846 defendia suas idéias e sua causa, servindo de exemplo para todos.
847 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Dr. **Fausto dos Santos**
848 agradeceu a presença de todos e encerrou os trabalhos da reunião.

849 Agência Nacional de Saúde Suplementar

850 Associação de Consumidores de Planos Privados e de Assistência à Saúde – ADUSEPS

851 Conselho Nacional de Saúde - CNS

852 Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - PRO TESTE

853 Associação Médica Brasileira – AMB

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

855 Confederação Nacional da Indústria - CNI

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

857 Confederação Nacional do Comércio – CNC

TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 01/03/05 - BRASÍLIA -DF

- 858 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN

- 859 Conselho Federal de Odontologia – CFO

- 860 Conselho Federal de Medicina - CFM

- 861 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED

- 862 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

- 863 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

- 864 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG

- 865 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA

- 866 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais - AFB

- 867 Federação Brasileira de Hospitais – FBH

- 868 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG

- 869 Fundação PROCON - São Paulo (1ª vaga)

- 870 Fundação PROCON – São Paulo (2ª vaga)

- 871 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS