



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

Às dez horas do dia vinte e nove de junho de dois mil, nesta cidade, à Esplanada dos Ministérios – Bloco “G” – Anexo – 1º andar – sala de reuniões do Conselho Nacional de Saúde, foi realizada a décima primeira reunião da Câmara de Saúde Suplementar, integrante da ANS, como órgão de caráter permanente e consultivo, criado de acordo com o Parágrafo único do Art. 5º e o Art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A sessão foi presidida pelo Sr. Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dr. **Januario Montone** e secretariada pelo Sr. Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Dr. **João Luis Barroca de Andréa**. Os demais membros da Câmara de Saúde Suplementar que participaram da sessão foram: Dr. **Francisco de Assis Leme Franco**, representante do Ministério da Fazenda; Dra. **Cláudia Muros Gurgel**, representante do Ministério do Trabalho e Emprego; Dr. **Carlos Alberto Gebrim Preto**, representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, representante do Conselho Federal de Medicina; Dr. **Augusto Tadeu Ribeiro Santana** e Dra. **Elza Maria de Araújo Conceição**, representantes do Conselho Federal de Odontologia; Dr. **Germano Luís Delgado de Vasconcelos**, representante do Conselho Federal de Enfermagem; Dr. **Eduardo Oliveira**, representante da Federação Brasileira de Hospitais; Dr. **Danilo Valter Bernik**, representante da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior**, representante da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Dr. **Vítor Gomes Pinto**, representante da Confederação Nacional da Indústria; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, representante da Confederação Nacional do Comércio; Dr. **Sidney de Miguel**, representante da Social Democracia Sindical; Dra. **Lúcia Helena Magalhães Lopes da Silva**, representante das entidades de defesa do consumidor; Dra. **Lynn Dee Silver**, representante das associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; Dr. **José Carlos Bittencourt de Andrade** e Dr. **Roberto Cury**, representantes do segmento de autogestão; Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, representante do segmento de medicina de grupo; Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, representante das cooperativas de serviços médicos; Dr. **Randal Luiz Zanetti**, representante das empresas de odontologia de grupo; Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, representante das cooperativas de serviços odontológicos; e Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli**, representante das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais. Contou, ainda, com a presença dos seguintes convidados: Dr. **Eleuses Vieira de Paiva**, da AMB; Dr. **Roberto Freitas Filho**, do Ministério da Justiça; Dr. **César Augusto Dias Torres** e Dr. **Pedro Antônio Fazio**, da FENASEG; Dr. **Celso Barbosa de Almeida**, do Ministério da Fazenda; Dra. **Dagmar de Oliveira**, e Dra. **Maria Angélica Fonseca de Mesquita**, da ANS. Os participantes foram recepcionados e, na oportunidade, foram colhidas em relatório à parte suas assinaturas na lista de presença. Cada representação recebeu uma pasta contendo pauta da reunião, minuta de ata da reunião anterior, minuta de R.D.C. sobre “Adaptação de Contratos”, texto consolidado da Lei nº. 9.656/98, alterada pela MP nº 1.976-27, de 01.06.2000, proposta de pauta do Conselho Federal de Medicina, RDC’s ANS nºs. de 22 a 29/00 e Portaria ANS nº. 87, de 13.06.00, que dispõe sobre alterações na composição da Câmara de Saúde Suplementar. O Sr. **Presidente** deu início à sessão, dando as boas-vindas e agradecendo a presença de todos. Explicou que, por problemas com o correio



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

eletrônico na remessa dos documentos preparatórios deste evento, não foi possível cumprir o calendário de envio anteriormente acordado, mas que isso não causou maiores problemas, porque a data da reunião já tinha sido acertada no encontro anterior, como é do conhecimento de todos. Por esse calendário previamente acordado, a próxima reunião será dia 27 de julho. Dr. **Januario** então solicitou aos membros que lessem a minuta de ata da reunião de 23.05.00 e fizessem inscrição para solicitar correções. Dr. **Egberto** disse que tinha mandado algumas observações pelo correio eletrônico, mas não estava de posse desse documento e por isso pediu alteração dos pontos que se lembrava. O Sr. **Presidente** pediu que fossem feitas as correções e colocou em votação a ata, a qual foi aprovada por unanimidade. Passou então a palavra ao Dr. **Barroca** que esclareceu ser dia 7 de julho a data limite para indicação de representantes nos grupos técnicos que tratarão do rol de procedimentos, pois somente o Ministério da Saúde, CFO e Unimed tinham indicado representantes. Dr. **Januario** apresentou a pauta que constava dos seguintes pontos: (1) proposta da Diretoria Colegiada da ANS sobre “Adaptação de Contratos” que se encontra em consulta pública; (2) política de Reajuste e Revisão Técnica; (3) utilização da Classificação Internacional de Doenças – CID – 10^a. revisão, para codificação dos atendimentos à saúde; (4) proposta do CFM. O Sr. **Presidente** esclareceu que este último ponto apresenta pauta de discussão do CFM e que em seguida será explicada a forma de encaminhamento. Dr. **Januario** então abriu o primeiro ponto da pauta, dizendo que a minuta de resolução tinha sido colocada em consulta pública e noticiada pelo Diário Oficial. Solicitou ao Dr. **Barroca** que explanasse o tema. Este lembrou que tal assunto já vinha sendo discutido há algum tempo na Câmara de Saúde Suplementar e que esta redação atual procurou contemplar as sugestões que foram enviadas. Dr. **Barroca** salientou ainda que é importante e urgente uma conclusão sobre o tema para que o consumidor possa efetivamente adaptar seus contratos e tranquilizar o mercado a respeito do que está acontecendo. Dra. **Lúcia Helena** indagou se, pelo § 2º. do artigo 4º., as doenças ou lesões preexistentes – DLP vão ser consideradas novas coberturas. Dr. **Barroca** explicou que o consumidor ao adaptar seu contrato à lei já é conhecido da operadora e portanto, não cabem carências para coberturas já existentes e que a cobertura parcial temporária – CPT só se aplica nos casos de DLP. Dra. **Lúcia Helena** observou que a opção de adaptar era do consumidor, mas que pelo § 3º. do artigo 5º. a operadora pode optar. Dr. **Barroca** esclareceu que, no tipo de contratação individual ou familiar, o consumidor poderá fazer sua opção durante o período de renovação contratual, mas que, fora desse prazo, somente com a concordância da operadora, a fim de proteger-se o momento da adaptação e manter a harmonia da relação entre consumidores e operadoras. Dra. **Lúcia Helena** insistiu na necessidade de garantir ao consumidor a adaptação de seu contrato a qualquer momento. Observou ainda que o artigo 35 da Lei nº. 9.656/98 não atrela a inclusão de dependentes ao contrato ou regulamento, o que o artigo 15 da resolução faz. Dr. **Barroca** explicou que nos contratos antigos a inclusão deve estar limitada. Dra. **Neide** observou que no caso dos renais crônicos o plano não cobre muita coisa e vai cobrar carência e disse querer garantia de que não será cobrado agravo. Dr. **José Carlos** disse ser necessário repensar a falta de flexibilidade das duas únicas opções de adaptação dadas: ou permanece-se no mesmo plano, ou passa-se totalmente para o novo, não havendo possibilidade de melhorias gradativas. Observou ainda,



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

que a restrição de incluírem-se outros dependentes, como pai e mãe, contraria a lei trabalhista, visto que o contrato de trabalho pode prever tais inclusões, além de evitar melhorias e ferir a isonomia, pois os empregados já egressos teriam tratamento diferenciado dos novos. Dr. **Barroca** pediu que as sugestões fossem enviadas para o endereço eletrônico informado na página da ANS na Internet. Dr. **Reinaldo** disse que é mais prudente que esse assunto seja regulamentado após aprovação da lei, pois o departamento jurídico do SINAMGE entende que a adaptação é inconstitucional. Outra preocupação é a exigência do envio de documento a cada ano. Dr. **Albucacis** falou da preocupação com a anti-seleção de usuários que só comprem plano quando precisam usar, pois é preciso haver proteção para os outros participantes do plano. Disse ainda que o volume do custo operacional a cada ano é desnecessário e que não há necessidade de tanto detalhamento nas informações ao consumidor. Destacou também que, nos atendimentos de urgência/emergência, somente poderá ocorrer por livre escolha do beneficiário, onde não exista rede credenciada ou própria para tal atendimento. Quando está na abrangência geográfica e exista rede credenciada e/ou própria não caberá reembolso. Observou ainda que o empresário não pode ser obrigado a diminuir o preço do plano, pois ele é que sabe qual o preço que deve ser cobrado e que, no plano de adesão, é difícil consultar todos os empregados. Isso só é possível quando o plano é custeado integralmente pelo empregado, sendo contrato individual. Dr. **Egberto** disse que nem sempre a data da vigência do contrato é a da assinatura, pois a cobertura pode estar suspensa até que aconteça um evento ou prazo definido. Que há preocupação com fraude no que dispõe o § 2º. do artigo 4º., que o prazo dado pelo artigo 5º. deve ser setembro, pois não há tempo hábil para que as operadoras tenham 30 dias de antecedência para mandar as correspondências. Considera ser desperdício de papel as comprovações solicitadas nos artigos 6º. e 10 e o arquivo dessas por 3 anos, muito tempo. Observou que o artigo 11 é muito difícil de ser implementado, pois ou entra todo mundo na adaptação, ou fica inviável. Seria melhor que pudessem ser feitas aproximações gradativas, acrescentando coberturas exigidas por lei, pois os usuários ficam sem determinados atendimentos se não fizerem a opção. Por fim, a regulamentação deve considerar a possibilidade de inclusão de outros dependentes. Dr. **Barroca** esclareceu que o sentido da resolução é proteger a todos e a ANS aceita sugestões de outras formas de guardar os comprovantes. Explicou ainda que o plano coletivo, de que trata o artigo 11, sem instância formal de decisão que represente o consumidor tem uma fragilidade enorme. Nesse tipo de plano, parecido com a idéia de condomínio, as responsabilidades ficam indefinidas. Indagou, finalmente, sobre quem pode se inscrever a um plano antigo. O espírito é preservar o vínculo trabalhista e não permitir novos ingressos em planos não adaptados à lei. Ainda mais que não tem ninguém que represente os novos agregados. A regulamentação está delimitando sim, porque é interesse de todos adaptar, pois as novas regras trazidas pela lei são melhores para a proteção do sistema. Dra. **Lynn** disse que as contribuições do IDEC serão mandadas por meio da consulta pública, destacou que o anexo da resolução está muito bom e pediu que se mantenha esse modelo na versão final. Salientou que não deve existir carência para DLP, porque muitas doenças se desenvolvem durante a vigência do contrato antigo e isso seria reforçar práticas abusivas. Diz-se contrária aos aditamentos contratuais, pois adiam a



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

transição do mercado para as novas regras e pode deixar coberturas. Dr. **Onécio** considera grande demais o volume de comunicados a serem feitos de janeiro a julho de 2000 e sugere que poderiam ser feitos de forma escalonada. Diz-se solidário às colocações feitas pelo Dr. **Reinaldo** do SINAMGE. Dr. **José Cláudio** considera que as coberturas não existentes no contrato antigo devem ser objeto de carência e CPT, no mínimo. Salientou ainda que, nos contratos coletivos empresariais, quando a empresa arca com todas as despesas, deveria ser possível acrescentar novas coberturas. Pela proposta apresentada só pode ter duas opções: ou incluem-se todas as coberturas da lei, ou não se altera o contrato em vigor. A regra poderia proibir que se piore o contrato antigo, mas deveria admitir melhorias. Entende também que a redação proposta no artigo 15 está perfeita e não conflita com o parágrafo 5º. do artigo 35 da lei, ou seja, não se devem admitir outros dependentes que não aqueles previstos. Entende, por fim, que o § 4º. do artigo 12 da Lei nº. 9.656/98 não se refere à livre escolha, mas a reembolso e, se há na área o recurso, não cabe o reembolso. Dr. **Randal** considera impraticável a proposta para contratos coletivos e algumas outras situações e manifestou seu apoio ao Dr. **Reinaldo**. Dr. **Danilo** mencionou o § 2º. do artigo 4º. que fala de novas coberturas e não estabelece tempo de contrato para aplicação de carências e CPT. Ressaltou ainda, que existem diferenças entre um contrato de 10 anos e outro de 1 ou 2 anos. Poder-se-ia estabelecer um prazo de 5 anos, como na resolução anterior, aproximando essas duas situações. Dr. **Albucacis** entendeu que o disposto no artigo 11 - inciso V aboliu as vantagens dos contratos coletivos, pois mesmo os do tipo associativo são mais baratos que o individual. Sugere que se busque uma forma para o representante que assinou o contrato faça negociação. Dr. **Reinaldo** destacou a necessidade de evitar-se a seleção adversa, a fim de preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e não prejudicar os demais participantes. Dra. **Lúcia Helena** lembrou que o tratamento dado às DLP na outra resolução tinha parâmetro: contratos com mais de 5 anos não considerava CPT e contratos entre 18 meses e 5 anos cumpriam 6 meses de CPT. Assim, os contratos firmados até dezembro/98 já contam atualmente com 18 meses ou mais de contratação, logo, caso adaptassem seus contratos, estariam sujeitos à cobertura parcial temporária, por um período próximo de 6 meses. Solicitou também que se vinculem os prazos à assinatura dos contratos, pois que numa situação de urgência e emergência, cuja carência são 24 horas, a operadora fica confortável ao dizer que não aceitou o contrato. Destacou ainda, que aditar contrato não caracteriza adaptação e que, pelo §2º. do artigo 35E da Lei nº. 9.656/98, se a adaptação está alterando o preço do plano, precisa de autorização da ANS, independentemente de ser ou não outro contrato. Dr. **José Carlos** salientou que outros agregados são diferentes de pai e mãe e que permitir a inclusão destes últimos nos planos coletivos caracteriza a socialização e torna o plano mais barato para os mais velhos. Dr. **José Cláudio** explicou que é muito comum no contrato individual a data de assinatura não coincidir com a data de vigência e pediu, por fim, que se deve deixar a faculdade de agregarem-se novas coberturas para negociação com a empresa empregadora, nos casos de contratos empresariais. Dr. **Vítor** observou que esse debate mostra que há necessidade de estabelecerem-se regras claras para a adaptação dos contratos, mas que não é possível prever todos os detalhes e muito menos resolverem-se todos os problemas individuais. Sugeriu que se cumpram os prazos que estão em



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

discussão e ofereçam sugestões de redação efetiva. Dr. **Januario** colocou como encaminhamento a sugestão do Dr. **Vítor** e pediu que todas as sugestões aqui apresentadas fossem registradas, como forma de registrar a visão deste fórum e que ofereçam alternativas em relação a alguns temas, como por exemplo para a CPT, bem como quanto à distinção entre contratos coletivos e individuais, lembrando que deve haver atenção para segmentos do mercado. O Sr. **Presidente** esclareceu que não há interesse em desestimular a compra de contratos coletivos, mas há características próprias em cada tipo deles, como no caso das autogestões e, portanto, é preciso diferenciar os diferentes. É fundamental discutir coletivamente a questão do desequilíbrio e mesmo no caso de temas específicos, devem ser apresentadas alternativas, como a ampliação do papel desse fórum consultivo. Com respeito ao prazo de 3 de julho, informou estar fechando para esta Câmara de Saúde Suplementar de hoje até uma semana, ou seja, 5^a.-feira, dia 6 de julho. Salientou que prefere que as entidades mandem suas sugestões via endereço eletrônico da consulta pública, por estar a ANS preparada para trabalhar a partir daí, mas quem não conseguir, pode mandar para o endereço eletrônico da ANS, esforçando-se para cumprir o calendário. Dr. **Januario** passou então para o próximo ponto de pauta: reajuste e revisão técnica dos produtos, explicando que a Diretoria Colegiada procurou nessas instruções publicadas propiciar metodologia mais transparente para todas as partes, bem como dar o formato da política de reajuste, e que considera transitório esse conjunto de medidas e pareceres, dentro do processo de transição da ANS, que por sua vez são diferentes das formas utilizadas anteriormente à criação da Agência. Além disso, antecipa o tema, antes de alguns desafios que precisam ser superados, tais como avaliação e composição de custos, diferenciação entre plano individual e coletivo, fragilidade das informações sistêmicas para manutenção do equilíbrio. Visa principalmente trazer para debate tais assuntos para que sejam firmados e definidos. É preciso que esse debate seja aberto até o final do ano, a fim de estabelecerem-se regras mais definidas, após período de transição. Salientou também que não é processo de controle, mas de monitoramento. A RDC determina um conjunto de informações que deverão ser prestadas pelas operadoras e que a base de reajuste é de 12 meses, sendo que alguns casos que foram solicitados há mais de um ano, terão reajuste autorizado para mais de 12 meses, sem considerar, porém, retroatividade. A decisão foi tomada a nível de Governo, com as áreas específicas do Ministério da Fazenda. Os reajustes autorizados entram em vigor a partir de junho, considerando resíduos de 13 a 22 meses. Esses resíduos estão sendo autorizados caso a caso e são individuais para cada operadora e para cada consumidor. Sua aplicação não é necessariamente na data base, mas o reajuste é calculado de acordo com a data de aniversário do contrato. Os valores de resíduos autorizados para cada empresa, por data de aniversário dos contratos estarão disponibilizados na Internet, no Disque Saúde, Procon e entidades de consumidores para acompanhamento. O Sr. **Presidente** explicou ainda, que o reajuste máximo autorizado foi de 5,42% a.a. e, quando se aplica o resíduo, algumas empresas podem variar até 7,46% em 23 meses e que os 12% noticiados pela imprensa estavam incorretos. Esclareceu, por fim, que a explicação sobre o índice de reajuste deve estar no boleto de cobrança. Passou a palavra ao Dr. **Barroca** que destacou o seguinte: esse conjunto de medidas deve vir acompanhado da RDC sobre Nota Técnica para registro de



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

produtos que é importante como medida estruturante do mercado. Para os novos produtos, estabelece a entrega da Nota Técnica atualizada anualmente. O reajuste hora proposto procurou evitar a concorrência predatória entre as operadoras, a partir de preços insuficientes de produtos e posteriores reajustes estratosféricos. Outro ponto salientado foram as diferenças entre as informações agora solicitadas, que tratam da avaliação do custo unitário, e aquelas anteriormente informadas à SUSEP, que tratam do custo global. As informações solicitadas são centrais e representam o mínimo necessário a quem controla o seu negócio. Não chegam a ser ainda uma radiografia dos planos, mas somente uma abreugrafia e não são impossíveis de obter. As planilhas para registro foram previamente montadas e estão disponíveis na Internet. Além disso, há dois grupos de perguntas e respostas já acessíveis: um deles é dirigido aos consumidores e o outro às empresas de planos. Dra. **Lynn** pediu que esse assunto fosse incluído como primeiro ponto de pauta da próxima reunião, por não ter tido tempo hábil para apreciá-lo. Disse que a Agência abriu mão de sua autoridade para regular ao deixar de fora os planos coletivos que representam 70% do mercado e que tal exclusão é ilegal e absurda. Solicitou que isso seja revisto e que se pense numa política de autorização prévia para esses casos. Informou que está preparando um parecer jurídico para apresentar. Explicou que, já que a autorização é medida administrativa, deve ser dado prazo para isso, como transição e não excluir esse segmento todo. Uma segunda questão abordada foi o papel da regulação e a lucratividade do setor. Segundo a Dra. **Lynn**, devem ser estabelecidos parâmetros para a margem de lucro e, já que há intenção de que a lógica de reajuste seja diferente da visão da área econômica do Governo, deve ser vista sob a perspectiva sanitária e da qualidade da atenção. Dr. **Reinaldo** registrou sua discordância quanto ao dispositivo que altera os contratos anteriores à lei e disse que o Governo tem mudado muito a lei, inclusive criando novos impostos retroativos, o que é inconstitucional. Destacou ainda, que os custos entre as diversas operadoras são diferentes e se o resultado das negociações com médicos e hospitais não puder ser repassado, o negócio é inviabilizado. Dr. **Regina** levanta questão de ordem e propõe que este assunto seja ponto de pauta da próxima reunião. Dr. **Januario** responde que pode ser agendado, porém com outro nível de aprofundamento. Dr. **José Cláudio** entende que os prazos para apresentar as informações estão curtos e que as novas regras deveriam ser aplicadas às novas operadoras, pois as já instaladas encontram-se também em fase de transição. Exemplo prático disso é que a recente resolução extinguiu o reajuste técnico, mas quando as operadoras pediram autorização para reajuste, basearam-se na lei que prevê reajuste técnico, independentemente do julgamento de ação de inconstitucionalidade e concluiu com a afirmação de que a insegurança jurídica permanece. O Sr. **Presidente** pede que o Dr. **Barroca** esclareça os pontos colocados, após a fala de quatro inscritos. Dr. **Barroca** entende que o Governo não está abrindo mão de sua autoridade, mesmo porque a lei não lhe dá esta prerrogativa. Explicou que a falta de informações impediu que se montassem regras mais duradouras e que, através do monitoramento das informações solicitadas, a ANS evitará que os planos coletivos sejam, na prática, planos individuais travestidos. Foi estabelecido prazo para que as regras possam mudar, conforme a situação real observada. Quanto à revisão técnica, quando a empresa passa por dificuldades, ou se tem um plano que pode contaminar os demais, deve ser apresentado o problema



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

para ANS, a fim de ser verificada qual a melhor saída para ela. Isso será discutido com a empresa. O importante é que o conceito mude, pois o reajuste técnico não pode ser automático. Não pode existir planos bem baratos, que são lançados para conquistar mercado, e que depois ficam insustentáveis. Informou ainda que tinha assinado no dia anterior 460 ofícios informando em primeira mão a respeito dos reajustes autorizados às empresas solicitantes. Destacou a necessidade de agregar mais substância a esse processo de discussão, pois que agora existe regra clara para solicitar reajuste técnico, porém, não foi inventado nada de novo, pois tudo isso está previsto desde a publicação da lei em 1998. A exigência de auditoria da CVM, por exemplo. Destacou que foram recebidas Notas Técnicas muito bem elaboradas vindas do segmento das cooperativas médicas. A ANS está apenas adotando agora critérios que atendam a eficiência. Reajuste é recomposição. Será que a sociedade quer manter uma política de “escravos de Jó”? O médico aumenta, o hospital aumenta e repassam para o consumidor? Para se discutir isso, é preciso ter informação. Deve-se caminhar mais nesse sentido antes de mudarem-se as regras. Dr. **Januario** fez o seguinte encaminhamento sobre a sugestão da Dra. **Regina**: que durante os próximos cinco minutos, os participantes apreciem a proposta de discutir-se esse assunto, sob o ponto de vista da agenda do segundo semestre, na próxima reunião da Câmara de Saúde Suplementar. Dr. **Reinaldo** observou que a pauta das próximas reunião já estão cheias e sugeriu que se discuta isso em uma reunião específica, antes da próxima reunião ordinária. Dr. **Januario** fez uma proposta alternativa de que na reunião de agosto seja realizado encontro de um dia inteiro, não somente das 10:00 às 13:00 h, pois esse assunto não se esgota numa única vez. Como as regras publicadas servem para a transição, não há porquê estender essa discussão, que na prática só vai servir para a montagem das normas que entrarão em vigor somente no próximo ano. Essa proposta de reunir-se um dia inteiro na última 5^a-feira de agosto próximo, permite inclusive a preparação de propostas. Dr. **Vítor** manifestou seu apoio à proposta do Sr. **Presidente**, pois não concordou com a idéia de reunião extraordinária. Dr. **Januario** indagou se havia alguma discordância com relação a esse encaminhamento e solicitou a manifestação específica da Dra. **Lynn** e da Dra. **Regina**, por terem sido ambas proponentes de encaminhamentos sobre o assunto. Todos os participantes concordaram com a proposta feita pelo Sr. **Presidente**. Dr. **José Carlos** pediu a palavra para externar seu apoio a ela e informar aos presentes que por motivos relevantes precisaria deixar o recinto, mas que o Dr. **Roberto Cury** assumiria a representação a partir daí. O Sr. **Presidente** pediu que as inscrições sobre esse tema encerrassem-se durante a fala do próximo inscrito. Dr. **Egberto** disse que não existe norma do CONSU a respeito da elaboração de cálculos atuariais, conforme exige o parágrafo único do art. 22 da Lei 9656/98. Mencionou a Resolução RDC n.º 29, para destacar que a defasagem não é somente entre 5% e 7%, mas deve ter sido maior, principalmente para as operadoras que estão a mais de dezoito meses sem reajustar seus planos. Acredita que as cooperativas podem já estar no vermelho mas, nem por isso, pela Resolução, seria possível pleitear a revisão técnica que exige que a operadora esteja em ameaça de insolvência. Dra. **Regina** solicitou que sejam reajustados também os honorários médicos. Dr. **Danilo** disse que às vezes a política de “escravos de Jó” fica sem uma perna, pois muitos prestadores de serviços médico-hospitalares ficaram no ano passado com índice de reajuste zero e até



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

330 valores deflacionados. Os prestadores nos Estados Brasileiros, exceto alguns
331 hospitais do Rio e São Paulo, estão sem nenhum reajuste há 2 ou 3 anos, inclusive
332 de pequenas operadoras do interior. Daqui a 2 ou 3 anos, pode-se chegar a zero. Dr.
333 **Eduardo** indagou se nos gráficos apresentados estavam contempladas todas as
334 segmentações e quantos pedidos antes desse mês foram apresentados. Dra. **Neide**
335 informou que para o consumidor qualquer reajuste pesa. Indagou quantos pedidos
336 haviam sido indeferidos e sugeriu que a ANS fizesse uma nota de esclarecimento
337 para a imprensa que havia divulgado 12%, em vez de 7%. Dra. **Lúcia Helena**
338 destacou que a aplicação do reajuste em datas subseqüentes amplia o cálculo do
339 resíduo e que isso deveria servir somente para já e não para os meses
340 subseqüentes. Dr. **Barroca** esclareceu que a ANS teve o cuidado de informar às
341 empresas antes de colocar na Internet e que as explicações disponibilizadas fossem
342 tão claras o quanto possível. Quanto aos hospitais, informou que recebeu um ofício
343 da Federação de Hospitais dizendo que no ano passado eles não tinham tido
344 reajuste. O papel da ANS é estimular a concorrência e ajudar na formatação do
345 mercado. Destacou que a pequena operadora do interior vem sempre a tona das
346 discussões como motivo de exceção. Afirmou que se deve discutir com cuidado,
347 para não criar situações que servem para o interior do Maranhão, mas não para o
348 interior de São Paulo. Outros assuntos ligados, tais como subsegmentação de
349 planos, precisam ser incorporados nessa discussão. Dr. **Barroca** passou então para
350 o próximo ponto da pauta, a CID, informando que essa discussão deve ser
351 enfrentada pela sua importância para a gestão assistencial e indagou quais cuidados
352 devem-se ter e quais os perigos devem-se evitar. Sintetizou o trabalho apresentado
353 pela sua Diretoria, fazendo os seguintes destaques: a empresa que cuida de saúde
354 está igualmente submetida ao sigilo médico; para saber sobre a saúde da população
355 que assiste, a operadora não pode ter somente informações sobre pagamento; qual
356 o tipo de informação uma empresa que contrata plano com uma operadora deve
357 receber dessa operadora? Como se deve lidar com isso? Dra. **Neide** disse que
358 atualmente muitas pessoas que precisam utilizar determinado número de
359 procedimentos sofrem restrições por parte das operadoras. Dra. **Regina** registrou
360 sua preocupação quanto ao número de identificação do paciente e manifestou
361 dúvida quanto à operacionalização disso. Informou que a Sul América pediu para os
362 médicos colocarem o código da CID nas guias e que o CFM orientou-os a não
363 darem essa informação. Salientou que o usuário não pode ser identificado e que a
364 ANS comprometa-se com eventual vazamento de informações e retire tal
365 responsabilidade do médico. Os diretores técnicos agora, mais do que nunca,
366 afirmou, devem estar registrados e eles são os responsáveis pela guarda dessas
367 informações. A disponibilização dessas informações é uma questão importante
368 também. As seguradoras, por exemplo, colocam dados sobre os pacientes nas
369 carteirinhas. Insistiu mais uma vez no registro do Diretor Técnico como questão
370 fundamental. Dr. **Reinaldo** afirmou serem importantes: o respeito ao sigilo, o
371 conhecimento do Diretor Técnico pelo Conselho de Medicina, as informações não
372 serem disponibilizadas para outras empresas. Lembrou que certa ocasião
373 perguntaram quantos HIV positivos sua operadora tinha e ele não forneceu a
374 informação. Destacou que os médicos já usam os códigos da tabela da AMB para
375 apresentar a cobrança de honorários, o que identifica o diagnóstico indiretamente,
376 verifica se não há desvio da especialidade que foi credenciada e faz o cruzamento



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

de informações. O Sr. **Secretário** pede que as inscrições se encerrem durante a fala do Dr. **Vítor** que ressaltou a oportunidade das colocações, a importância de preservar-se o sigilo, mas destacou a enorme importância das informações para a gestão assistencial e indagou qual o tratamento que a ANS está dando às questões epidemiológicas. Afinal, destacou, o sistema de saúde suplementar deve permitir que a população melhore o sistema de saúde, com aumento de cobertura cada vez maior, deve ser um sistema bom, mas não necessariamente deve seguir o modelo norte-americano. A defesa e saída para isso, adiantou, é a defesa epidemiológica e se não está sendo enfocada, que se crie um fórum dentro da Agência para aprofundar essa discussão, a fim de contribuir para a melhoria do sistema de saúde. Dra. **Lúcia Helena** lembrou que em São Paulo tem acontecido que a quantidade de vezes que um cliente faz pesquisa de preço fica registrada na ficha comercial das lojas e, quando há um número excessivo de consultas, a loja não efetua a venda àquele cliente, não pelo fato dele estar inadimplente. É preciso ter cuidado, concluiu, com a informação e com o perfil do consumidor. A preocupação passa por quem vai deter o sigilo dessa informação e pela utilização que se vai fazer dela. Dr. **Albucacis** salientou que o sigilo é importante, mas é fundamental que a informação esteja disponível para os médicos das empresas. Com isso, pode-se chegar a pedir deflação dos preços que é o dominó para traz. É fundamental, acrescentou, para desenvolverem-se os programas de prevenção e de saúde médico-ocupacional. Não só para tratar a doença existente. Dra. **Regina** lembrou que o sigilo não é só importante, como é um direito universal. Dr. **Barroca** observou que na presente discussão existem mais aproximações do que divergências e que é preciso garantir alguns pontos na prática: o responsável pela informação, a forma da coleta que é inevitável. Se a preocupação é com a recusa no atendimento e na exclusão, deve-se discutir a melhor maneira de superá-la. Dra. **Regina** indagou: quem é o solicitante? A solicitação é feita de médico, representante técnico, para médico? Ressaltou que a primeira questão para pensar é que a solicitação seja feita pelo Diretor Técnico. Dr. **Barroca** lembrou que o SIA/SUS já funciona com a CID e que há uma série de mecanismos de proteção dessas informações. A questão é que o médico coloque o código na guia, que é o documento de transação com a operadora. Resta definir, acrescentou, quais são os critérios de proteção. Se houver aproximações neste ponto, ele acha que haverá avanços. Dra. **Lynn** ressaltou se vai haver alguma ação no caso da CID ser utilizada para negar procedimento. Dra. **Cláudia** perguntou se precisaria da concordância do usuário. Dr. **Vítor** ressaltou que a informação é universal e portanto não pode ser fornecida por quem quer ou quem autorizar, mas deve ser prestada por todos. Dr. **Barroca** observou que todos concordam com a coleta e insiste sobre os mecanismos de proteção. Dra. **Regina** explica que é justamente o resultado da presente discussão que vai trazer novas soluções, através da busca de um caminho que viabilize o uso e estabeleça novos critérios de proteção dessa informação, bem como permita retirar as proibições hoje existentes. Que a operadora saiba que, mesmo identificando, não pode utilizar a informação com outra finalidade que não a de construir o perfil epidemiológico. Dr. **Barroca** ressaltou que estão colocados dois compromissos claros da ANS: a coleta e a necessária proteção do usuário e da informação. Dr. **Reinaldo** observou que só falta harmonizar, pois o processo já existe. Dr. **Januario** propõe que este tema esteja na pauta da próxima reunião e que os membros preparem e tragam sugestões



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

concretas. Dra. **Regina** pede que não haja ameaças aos médicos, como não pagar a consulta, da forma que a Sul América está fazendo. Dr. **Barroca** solicita para não açodar essa ação que é uma construção delicada e não deve ser inviabilizada por causa da má condução de algumas operadoras. Passou então para o último ponto de pauta que são os oito assuntos encaminhados pelo CFM, sendo que o primeiro deles pode ser contemplado na discussão de política de reajuste. Dra. **Regina** destacou que há um Conselho Regional de Medicina por Estado, não sendo permitida a militância em mais de um Estado. Dr. **Januario** pede que se faça como a discussão da CID, preparando documentos e sugestões e que entre na pauta também, para que se resolva o problema de qualquer forma. Dr. **Augusto Tadeu** informou que não está sendo cumprida a exigência de registro no CFO também. Pode ser ponto de pauta diferente mesmo. Dr. **Barroca** explicou que o fato de ter diretor técnico registrado é uma coisa e que sigilo é outra coisa. Sugeriu que se formasse um grupo para preparar um documento básico para discussão na próxima reunião da Câmara. Dra. **Regina** ressaltou que existe uma expectativa de discussão de alguns pontos e pediu que em julho já se adiantasse alguma coisa da pauta apresentada pelo CFM. Manifestou ainda sua concordância com o colega da odontologia, salientando que a questão do registro está na lei e que algumas operadoras não estão registradas nos conselhos. Dr. **Barroca** solicitou ao CFM e ao CFO que apresentem documento trazendo contribuições quanto aos critérios de registro nos conselhos e às exigências para as operadoras. Lembrou ainda já ter ouvido um entendimento de que a operadora que não tem rede própria não precisa desse registro. Dr. **Januario** ressaltou que os temas desse impacto são a rotina da Câmara de Saúde Suplementar e portanto pediu que fosse preparado, da parte de quem está propondo o tema, um documento básico para cada assunto com o posicionamento no âmbito de cada um. Dr. **Reinaldo** pediu a palavra e mencionou os seguintes pontos sobre o ressarcimento ao SUS: quantidade excessiva de papel gerado em alguns lugares por causa das impugnações, além da necessidade de advogado e da cópia da carteira de identidade. Solicitou que se sugira aos Secretários de Saúde para padronizarem as exigências. Dr. **Egberto** lembrou que pela Resolução que trata do assunto o prazo para decisão são 10 (dez) dias úteis, e que, a mera publicação do resultado sem disponibilizar a fundamentação da decisão, não tem valor jurídico para suspender o referido prazo. O Sr. **Presidente** informou que 5 (cinco) Estados e 20 (vinte) Municípios já estão fechando o movimento e que se está propondo uma padronização mínima para ter operacionalidade, mas vão sempre existir situações em que o gestor decide. Por fim, agradeceu a presença de todos, ressaltou que de sua parte considerou o encontro muito proveitoso, lembrou que a próxima reunião está marcada para o dia 27 de julho, no mesmo horário, e, por fim, deu por encerrada a reunião. Brasília (DF), 29 de junho de 2000.

Januario Montone
Presidente da Câmara de Saúde Suplementar

João Luiz Barroca de Andréa
Secretário da Câmara de Saúde Suplementar

Ministério da Fazenda

Ministério do Trabalho e Emprego



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA PRIMEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 29.06.00

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde	Conselho Federal de Medicina
Conselho Federal de Odontologia	Conselho Federal de Enfermagem
Federação Brasileira de Hospitais	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas	Confederação Nacional do Comércio
Confederação Nacional da Indústria	Social Democracia Sindical
Defesa do Consumidor- PROCON	Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - IDEC
Entidades dos Portadores de Deficiências e Patologias Especiais	Medicina de Grupo
Cooperativas de Serviços Odontológicos	Cooperativas de Serviços Médicos
Autogestão	Empresas de Odontologia de Grupo