



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00

Às dez horas e trinta minutos do dia vinte e sete de julho 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 segunda 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 reunião foi presidida pelo Sr. Diretor-Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dr. **João Luis Barroca de Andréa** e contou com a participação dos diretores da ANS convidados: Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**, Diretora de Habilitação e Normatização de Produtos da ANS, e Dr. **Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Júnior**, Diretor de Gestão da ANS. Os membros da Câmara de Saúde Suplementar que participaram da reunião foram: Dra. **Claúdia Muros Gurgel**, representante do Ministério do Trabalho e Emprego; Dr. **Francisco de Assis Leme Franco**, representante do Ministério da Fazenda; Dr. **Mário César Scheffer**, representante do Conselho Nacional de Saúde; 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. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, representante do Conselho Federal de Medicina; Dr. **Augusto Tadeu Ribeiro Santana**, representante do Conselho Federal de Odontologia; Dr. **Germano Luís Delgado de Vasconcelos**, representante do Conselho Federal de Enfermagem; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo**, 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. **Vitor 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. **Lucia Helena Magalhães Lopes da Silva**, do PROCON, representante das Entidades de Defesa do Consumidor; Dra. **Lynn Dee Silver**, do IDEC, representante das Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde; Dr. **José Carlos Bitencourt 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. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, representantes das Cooperativas de Serviços Odontológicos; Dra. **Ana Maria Lima Barbosa**, representante das Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais. Participaram ainda os seguintes convidados: Dr. **Antônio Duarte Cavalcante**, do Ministério da Justiça; Dr. **Celso Barbosa de Almeida**, do Ministério da Fazenda; Dr. **Neri João Bottin**, da AMB e Dr. **Horácio Cata Preta**, da FENASEG, Dr. **Alexandre Veloso** da Fundação dos Funcionários da FIAT e Dras. **Maria Angélica Fonseca de Mesquita** e **Dagmar de Oliveira** 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 a pauta da reunião, minuta da Ata da



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

**ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00**

---

Reunião anterior; Proposta da Resolução RDC/ANS sobre “Adaptação de Contratos” com texto da Consulta Pública; Portaria nº 87 de 13 de Junho de 2000; Resolução – RDC/ANS Nº 30 de 19 de Junho de 2000; Texto consolidado da MP 1.976-28 de 29 de Junho de 2000. Compunham a pauta da reunião dois itens: 1. Adaptação dos Contratos – proposta de RDC em consulta pública e 2. Política de Revisão Técnica. O Sr. **Presidente** deu início à reunião, dando as boas-vindas e agradecendo a presença de todos, registrando a justificativa de ausência do representante da CUT. Passou a palavra à Dra Solange para algumas informações. A **Dra Solange** informou que a expectativa é expedir, nos primeiros dias de agosto, a convocação aos segmentos para indicação de representantes que irão compor a Câmara Técnica Contábil, lembrando que as indicações devem ser de técnicos com conhecimentos específicos para melhor desenvolvimento dos temas. Destacou a importância da linha de trabalho adotada nos trabalhos da Câmara de Segmentação, marcada pela contínua troca de informações e transparência nas discussões, apelando para que esse estilo continuasse permeando os trabalhos das outras Câmaras Técnicas, principalmente na Câmara de Garantia Financeira em que o tema é altamente polêmico. Questionada a respeito dos requerimentos de informações econômico-financeiras que as empresas possam estar recebendo da ANS, esclareceu que esse procedimento é um trabalho de rotina, que está sendo dirigido individualmente às empresas, porque ainda não se tem um formulário de informações periódicas sistematizado, uma vez que o plano de contas está em elaboração. Acredita que até o final do ano a meta inicial de se estabelecer todas as regras do registro definitivo das operadoras estará atingida. DR. **BARROCA** ressaltou que o registro feito pela Dra. Solange é extremamente oportuno, pois assuntos tão importantes como os que ora são discutidos só encontrarão soluções com a cristalização do diálogo. Em relação à Ata da reunião anterior da Câmara de Saúde Suplementar, acatou todas as alterações remetidas por escrito à mesa, colocando-a em votação, sendo que a mesma foi aprovada por unanimidade. Por fim, solicitou que a ata aprovada fosse assinada até o final da reunião. Passou, então, à discussão dos dois itens da pauta da reunião. No que se refere à adaptação de contratos, matéria em consulta pública, primeiramente registrou que as sugestões encaminhadas por diversas entidades do setor, cujo rol foi listado e enviado aos membros da Câmara, foram consideradas absolutamente importantes pela ANS. O DR. **JOSÉ CARLOS** registrou que a Autogestão desta vez preferiu que as próprias empresas se manifestassem, haja vista não ter conhecimento de todos os contratos. O **DR. BARROCA**, prosseguindo na questão da adaptação, disse que numa primeira análise técnica feita pela Agência do rol de sugestões apresentadas, ficou bastante claro que existem problemas e abordagens diferentes quando se fala de contratos individuais ou de contratos coletivos. A tentativa de reunir todo o escopo da adaptação numa só resolução, pela quantidade de sugestões apresentadas, estava dificultando. Assim é que a sugestão foi de, num primeiro momento, focar o plano individual, o que não significa que o plano coletivo não tenha de ser objeto de regulamentação, mas as questões apresentadas estavam muito mais voltadas para o plano individual. E, em relação à adaptação de contratos individuais ou familiares, foram identificados quatro pontos principais, dois deles classificados como pontos operacionais e os outros dois



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00

como questões de mérito. Os dois primeiros referem-se à guarda do comprovante de encaminhamento do oferecimento de adaptação e periodicidade do oferecimento. Uma das questões de mérito está relacionada com a possibilidade de cobertura parcial temporária de até 24 meses para as doenças de que os pacientes sejam portadores. O segundo ponto de mérito é: essas regras favoráveis podem ser feitas a qualquer momento do ano ou devem ficar limitadas aos trinta dias anteriores ao vencimento do contrato? Questões legais foram levantadas, mas todas as entidades foram favoráveis à adaptação dos contratos. A proposta é que se inicie a discussão pelas questões de mérito. Tecnicamente, a análise feita apresenta um ponto em comum entre essas duas questões: o que se chama anti-seleção, ou seja, grande parte das solicitações feitas pelas operadoras dizem respeito ao seguinte: tanto no caso das condições especiais de adaptação em qualquer momento do ano quanto os seis meses de cobertura parcial temporária de até 24 meses estariam referidos a um movimento de adaptação anti-seletiva. Ou seja, só tenderia a fazer a adaptação aquele usuário que estivesse necessitando daquela nova cobertura. Portanto, uma das questões de mérito é se serão trinta dias antes do aniversário do contrato ou a qualquer tempo. E como adaptação deve-se entender o momento em que o consumidor é protegido. A segunda questão é se será no máximo de seis meses o período de carência ou de cobertura parcial temporária para aquelas doenças que eram excluídas no contrato original ou se será de seis meses o período de carência para a cobertura de novos procedimentos e de até 24 meses a aplicação de cobertura parcial temporária para as doenças que já eram excluídas no contrato anterior. Tanto uma quanto a outra tratam de anti-seleção, porque existem situações como é o caso de doença ou lesão preexistente. Obviamente, a proposta dos órgãos de defesa do consumidor é a qualquer tempo, de seis meses no máximo, enquanto as solicitações das empresas é de trinta dias e no máximo 24 meses de carência. Assim, para que haja evolução na discussão, é necessário que haja um aproveitamento de uma e de outra sugestão, já que o tema nos dois é anti-seleção. Passou a palavra à Dra. Solange Beatriz para que a mesma fizesse considerações sobre o assunto. A DRA. **SOLANGE BEATRIZ** disse que este tema resume muito bem todas as dificuldades encontradas para conciliar o interesse do consumidor, que quer ver atendida sua necessidade de assistência à saúde, com o interesse da operadora, que envolve custos. Daí a necessidade do órgão de regulação, cujo objetivo é mediar esses interesses. O ponto central dessa discussão é a anti-seleção. O que provoca anti-seleção? Quais são os reflexos disso? Estamos dispostos, as partes envolvidas, a assumir esses reflexos? O objetivo da Agência é mediar e compor interesses. Desconhecer ou negar determinado comportamento determinará a análise. Disse ainda tratar-se de uma situação comportamental. O **DR. BARROCA** argumentou que para explicar o que é anti-seleção deve-se reportar ao que se espera de um grupo de pessoas que é coberto por um plano ou seguro de saúde. Em que um plano coletivo é diferente de um plano individual, em termos de frequência de uso e de comportamento dos assistidos? São realidades diferentes. A característica do plano coletivo é: uma comunidade predeterminada em que todos estão cobertos pelo plano ou seguro. Nesse caso, não há nenhum tipo de escolha. A **DRA. REGINA** argumenta que a adesão voluntária nem sempre mostra um perfil de



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00

morbidade necessariamente diferente, devendo isto ser comprovado estatisticamente, que **DR. BARROCA** esclarece não termos uma coleta sistemática. **DRA. SOLANGE BEATRIZ** exemplificou citando o caso de uma empresa que tinha um contrato, juntamente com seus funcionários, e faliu. Na Justiça conquistaram a manutenção daquela assistência. Neste caso, ao passar para o plano individual, como o preço é superior àquele que era pago pela empresa ao plano coletivo, esse funcionário, embora tenha necessidade do plano, vai para um plano mais barato, tendo em vista as suas possibilidades econômicas. Somente pagavam aquele plano os que estavam nessa situação de risco incorrido, ou seja, os que sabiam que necessariamente iriam utilizar o plano. A lei determinou que a adaptação fosse compulsória, entendendo que esse era um benefício para o segurado. Mas a sociedade reclamou o direito de opção, não por princípio, mas premida pelas condições econômicas. Chegou-se, então, à conclusão de que a sociedade queria ter a opção de fazer ou não a adaptação, o que foi colocado na lei. Sob a ótica do regulador, é preferível que a partir de determinado momento houvesse um corte e todos ficassem dentro de um mesmo padrão, mas se atendeu à reivindicação da sociedade. Então, se boa parte da sociedade quer ter o direito de opção é porque quer manter seu contrato anterior. Existe aquele que é mais velho, tem boa saúde mas é prudente. Até aí não existe abuso de nenhuma das partes. E existe ainda o grupo que já está na faixa de risco e quer utilizar. O **Dr. ALBUCACIS** argumentou que Anti-seleção é uma palavra fácil de se definir, significa aleatoriedade. Tem de ser aleatório. A anti-seleção que se está colocando no plano individual significa que uma pessoa quer participar de uma coletividade sem interesses pessoais imediatos e sim por boa fé. Se a adaptação for apenas porque esta precisando utilizar dos novos benefícios de imediato, alguém terá que pagar esta conta e será o grupo de pessoas já adaptadas, por isto a regra de anti seleção é fundamental. A **DRA. LYNN** ressaltou que o papel da Agência é só de mediar interesses. É preciso que o Governo brasileiro cumpra com política de saúde do país estabelecida na Constituição Federal, uma política de proteção para todos os cidadãos. Qualquer órgão de Governo, tanto o Ministério da Saúde quanto essa Agência, precisam ter como responsabilidade principal a realização dessas políticas de saúde. Isto é algo que deve permear todas as definições de política dessa Agência, o que ainda não se vê com muita clareza. Em relação à adaptação dos contratos entende que a lei previa originalmente a adaptação obrigatória até dezembro. Há o consenso de que é de interesse da sociedade ter esse mercado operando dentro das novas regras, dentro do esforço de impor um prazo fixo de adaptação. Embora os consumidores tivessem interesse em obter as novas coberturas e garantias, não estavam dispostos a pagar os preços que estavam sendo impostos naquele momento. Por esse motivo entendemos que seria de interesse do consumidor defender sua opção de prolongar esse processo para que a adaptação acontecesse de forma mais gradativa, com maior concorrência, protegendo o consumidor contra a imposição unilateral de preços abusivos. Por esse motivo fica muito claro que a opção de poder adaptar a qualquer momento deve ser preservada. A idéia de oferecer opção anualmente ao responsável pelo plano coletivo era simplesmente para garantir pelo menos que pudesse repetir transferência de informação para cada contratante sobre



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00

as suas opções e não de restringir a possibilidade de adaptar. É preciso ficar muito claro na regulamentação que jamais pode haver cobertura parcial temporária nos planos coletivos, não tem sentido, certamente, prever isso para qualquer plano coletivo. Para os planos individuais, como o consumidor já tem, no mínimo, um ano decorrido na época dessa oferta, não tem sentido impor prazo nenhum. Em relação à seleção adversa, não se tem visto nenhum estudo sério sobre este assunto, e que o efeito econômico da seleção adversa não deva ser muito grande. A seleção adversa tem sido muito mais utilizada para justificar exclusões abusivas para populações grandes do que para efetivamente coibir esses eventuais casos de seleção adversa. Como a regulação proposta trata tanto dos planos coletivos quanto dos individuais, a discussão deve ser conjunta. A **DRA. SOLANGE BEATRIZ** reivindicou a palavra para um aparte: uma coisa é o ato de regular; outra coisa é a política pública adotada. Não há dúvida de que a política pública adotada por esta Agência é a política de prestação de assistência à saúde do cidadão brasileiro. Em termos do conceito de regulação, não se cometeu nenhuma impropriedade. Regular: é prestar assistência à saúde. A **DRA. LYNN** disse que no seu entendimento, regular é mediar interesses, sim, mas em função de uma política pública, de determinados princípios políticos e sociais. A **DRA. SOLANGE BEATRIZ** argumentou ser exatamente o que havia colocado e que o equívoco é algumas pessoas acharem que ela não está presente. A Agência é exemplo da presença do Estado como órgão de polícia. Por mais que se queira colocar uma nuvem sobre isso, não há dúvida nenhuma quanto a isso. Com relação às políticas, elas são públicas e cada uma delas tem suas metas, seus objetivos e suas determinações, dentro de sua área. Assim acontece com as políticas na área de saúde, com as quais se tem compromisso. O **DR. JOSÉ CLÁUDIO** disse que sempre defendeu ser a Agência um órgão regulador de atividades, porque diferente de regular uma atividade é defender, por exemplo, determinada classe. Para defesa do consumidor, tanto o PROCON quanto o IDEC, são paradigmas, mas a Agência é um órgão regulador de atividades, devendo direcionar sua ação para a mediação dos interesses, levando em conta inclusive os princípios consagrados pelo Código de Defesa do Consumidor, de harmonização dos interesses dos participantes da relação e compatibilização da proteção do consumidor com as necessidades econômicas e tecnológicas. Disse ainda que a questão da adaptação deve ser tratada dentro do princípio da irretroatividade da lei. O **DR. REINALDO SCHEIBE** registrou na consulta pública a sua não concordância na questão do mérito na adaptação, por entender que normas compulsórias não devem intervir nos contratos anteriores. Isso tem de ocorrer por vontade das partes. Contesta a obrigatoriedade, a compulsoriedade da adaptação, justificando que existem empresas do sistema, em cidades pequenas, que registraram produtos, não estão comercializando, e acabaria o seu plano porque não tem condições de atender naquela localidade a nova lei. A **DRA. REGINA** consignou que desde 1998 solicita às empresas as planilhas de custo, e elas não são apresentadas, razão pela qual fica difícil saber qual é o custo da saúde. Em relação à adaptação, há uma perspectiva da sociedade de se beneficiar dos avanços contidos na lei, sendo quase impossível que isso não aconteça, sob pena de suspeição do papel desta Câmara: fazer avançar ou travar? É importante que as empresas sejam mais



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

**ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00**

---

transparentes em relação a custo. O que se conhece sobre seleção adversa, apresentado por alguns estudos de empresas americanas, é pouco subsídio, além de não se aplicar ao mercado brasileiro, porque o nosso quadro epidemiológico é diferente. É preciso saber o quanto é mais caro, se o custo adicional não está diluído na razão de se fazer um plano de saúde, etc. A pessoa entrar e esperar 24 meses parece um absurdo e constitui realmente uma prova de seleção. Faz-se a adaptação no menor prazo possível, com uma carência mínima, porque essas pessoas já pagaram carência do seu plano, há muitos anos. Sem dados estatísticos, a anti-seleção é um argumento inaceitável. O **DR. ALBUCACIS** considerou que para quem trabalha em empresa, é fundamental saber o que está acontecendo com a sua população, a fim de viabilizar ações preventivas que possam baixar os custos. Manifestou-se favorável a que haja adaptação para quem quiser, para quem puder. Mas se o consumidor pagou um plano durante anos que não dava cobertura para determinada patologia, e pela nova lei ele tem a cobertura para aquela doença, ele terá de sofrer a carência. O **DR. BARROCA** destacou que a anti-seleção ou seleção adversa está proibida por lei, não podendo ser tratada teoricamente e informa o assunto será levado para a Diretoria Colegiada, para que se desenvolva esse estudo. Em relação à adaptação, considerou que a qualquer momento, uma pessoa pode adaptar o seu contrato, comprando um contrato novo. Mas não se trata dessa situação. Trata-se de estabelecer regra de proteção à pessoa que está fazendo a adaptação. Se o consumidor tem uma doença, quer seja ela excluída ou não do contrato anterior, que ele já tem há muito tempo, pode haver cobertura parcial temporária até seis meses, da mesma forma, carência para as novas coberturas de no máximo seis meses e esse benefício para o consumidor se daria nos trinta dias, prazo para ele se adaptar, seria nos trinta dias anteriores à data do aniversário do seu contrato. Na verdade, é uma proposta que atende ao princípio conceitual de reduzir a possibilidade da anti-seleção, já que não é possível a seleção de risco. Atende também ao consumidor. Apelou para a possibilidade de consenso em torno da proposta de que: a oferta se dê nos trinta dias anteriores à data do aniversário, com o máximo de cobertura parcial temporária. Com isto estará se respeitando a harmonia da relação entre consumidor, prestadora de serviço e operadora, com o que todos ganham, inclusive o órgão regulador, e o Governo, por estar exercendo uma política de saúde. O **DR. LUIS PLÍNIO** registrou a posição da Federação Brasileira de Hospitais, que é semelhante à da ABRAMGE: A obrigatoriedade da adaptação do contrato é inconstitucional, devendo prevalecer a voluntariedade. O **DR. ONÉCIO SILVEIRA** registrou a posição da Confederação das Santas Casas de Misericórdia no sentido de que os contratos individuais e familiares já existentes, só poderão ser alterados por livre negociação entre as partes interessadas. Com a regra da espontaneidade, o beneficiário somente terá interesse em fazer a adaptação na ocasião em que necessitar das novas coberturas, acarretando um desequilíbrio ao plano de saúde. E, se o consumidor que tem um plano antigo optar por um novo, não haverá carência alguma para todas as coberturas anteriores. A partir do momento em que já existem regras, beneficiar qualquer adaptação de contrato antigo em coberturas não existentes implicará em sacrifício financeiro. O **DR. ALBUCACIS** concordou com o Dr. Onécio,



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00

registrando que não é contrário à adaptação, porque ela é um bem para o cidadão brasileiro, destacando a aleatoriedade como ponto básico. Não é objetivo não dar cobertura, e sim dar cobertura para aquele que quer cobertura, com aleatoriedade, e não porque está precisando. Por isso é necessária a conjugação desses dois fatores. Vinte e quatro meses, com cobertura parcial temporária, mas para aquilo que ele não tinha cobertura. A **DRA. LYNN** considerou qualquer empecilho a que o consumidor ganhe as novas proteções da lei absolutamente inaceitável. Se o consumidor vai à operadora e diz que quer adaptar o plano, tem de adaptar. A **DRA. SOLANGE** disse que a Agência foi criada porque o modelo de regulação era inaceitável para a sociedade e não conseguia compatibilizar a legislação com a defesa da saúde. O **DR. DANILO** manifestou a posição da Confederação Nacional de Saúde, segundo a qual o contrato, ato jurídico perfeito, só pode ser adaptado de comum acordo entre as partes – contratante e contratado, sem que haja nenhuma interferência. O **DR. BARROCA** registrou que o entendimento era o de que a adaptação nunca fere o ato jurídico perfeito, a coisa julgada, etc., porque, é a assinatura de um novo contrato. A hipótese da empresa poder não adaptar o contrato, constitui uma terceira hipótese. Agora são três opções: a qualquer tempo, trinta dias ou nunca. O **DR. DANILO** também reafirmando sua opinião disse que a adaptação é um contrato novo, mas desde que haja concordância. A empresa pode oferecer a adaptação e o consumidor pode não querer fazer a adaptação. É uma opção do consumidor. A empresa não pode obrigá-lo a fazer. O **DR. BARROCA** reforçou que a proposta é que se crie um chamado regime de adaptação de benefício para um mês, não existindo jamais a possibilidade de opção da empresa se negar a fazer a adaptação. Finalmente, disse que em não havendo um apontamento para o consenso, não restará outra saída a não ser continuar procurando quais são as melhores alternativas. A **DRA. SOLANGE BEATRIZ** reiterando as palavras do Dr. Barroca, reafirmou que não se trata de coisa julgada nem de ato jurídico perfeito, mas do princípio da isonomia e equidade, em que uma das partes fica privilegiada diante da outra, o que não é o caso. O Estado brasileiro, através da lei, mostrou que queria mudar o sistema que estava vigendo anteriormente, e mudou o sistema. A adaptação está na lei, ela será feita, é facultativa do consumidor e, neste momento, o importante é estabelecer em que condições será feita a adaptação. A **DRA. LÚCIA HELENA** ponderou que são coisas distintas: o oferecimento da adaptação e a possibilidade de o consumidor fazer a adaptação no momento devido. Caso o oferecimento seja uma vez, quando do aniversário do contrato, a melhor alternativa seria de haver a possibilidade de fazer a adaptação a qualquer tempo, porém com carência, permanecendo os seis meses de cobertura parcial temporária das doenças preexistentes. O **DR. JOSÉ CARLOS** reiterou a possibilidade de uma adaptação gradual, algo que beneficie tanto o consumidor quanto a empresa, no sentido de que este possa ter acesso a mais de coberturas de forma gradualmente, possibilitando um estágio intermediário entre a opção de adaptar ou não adaptar. O **DR. JOSÉ CLÁUDIO** reiterou sua preocupação em relação à questão do ato jurídico perfeito, pois o Judiciário sinaliza para a possibilidade das operadoras terem a faculdade de só assinarem contrato novo com os usuários antigos se ambos quiserem, e decisão judicial tem que ser cumprida, seja por parte do consumidor, seja



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00

por parte das empresas. O **DR. ALBUCACIS** reforçou sua posição dizendo que é favorável à adaptação, porém ela significa migração, sendo necessário preservar a aleatoriedade. A **DRA. LÚCIA HELENA** reafirmou que questões como custos elevados, principalmente com propaganda, e margem de lucro das empresas não podem ficar fora desta discussão. O **DR. ALBUCACIS** admitiu que o custo da propaganda é elevado, mas este é um veículo importante de divulgação e venda do produto. A **DRA. LYNN** consignou a importância de se ter bem conceituada e definida a questão da doença preexistente quando da adaptação. A definição do que seria excluído como doença preexistente há que ter linguagem precisa, para não dar margem a interpretações distorcidas, como a de que doenças cobertas no plano antigo podem ser excluídas como doenças preexistentes, além da que permita a exclusão na situação em que a doença não era excluída e desenvolvida durante a vigência do plano. Manifestou surpresa com a colocação da proibição do agravio, pois considera que não deveria ser cobertura parcial temporária. O **DR. BARROCA** reafirmou sua posição pessoal de que não deve haver agravio, até porque nesse caso o agravio seria para comprar a carência, ou seja, o acesso imediato. A **DRA. REGINA** abordou a necessidade, apesar de não ser objeto de discussão neste momento, de se fazer um estudo do perfil epidemiológico de uma Carteira de Trabalhadores, que é diferente de uma de agregados, para se avaliar a seleção adversa ou anti-seleção. Quanto à adaptação é fundamental ser definida, pois é grande a quantidade de consultas desse assunto no Conselho e Procon's. Considerou inconcebível ultrapassar o período de seis meses. O **DR. MÁRIO SCHEFFER** enfatizou, pelo caráter consultivo da Câmara, a importância de se fazer indicação sobre esse tema para a Agência elaborar e o CONSU deliberar. Relembrou a grande expectativa social que gira em torno da definição do tema, encontrando regras para proteger o consumidor que deseja fazer a adaptação. Considerou que proposta final deve contemplar a cobertura parcial temporária de no máximo seis meses. O **DR. EGBERTO** colocou que as cooperativas odontológicas são favoráveis à proposta da ANS, lembrando que a adaptação é uma realidade e precisa ser incentivada dentro da legalidade. A **DRA. LÚCIA HELENA** sugeriu que o prazo de oferecimento fosse dilatado para sessenta ou noventa dias para o consumidor, considerando o prazo máximo de seis meses para cobertura parcial temporária das doenças preexistentes, e desconsiderando qualquer hipótese do prazo de 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária, com o que concordou os representantes do C.N.S., Procon e Conselho Federal de Medicina. O **Dr. BARROCA** solicitou aos outros membros da Câmara de Saúde Suplementar que se manifestassem, em relação à proposta apresentada pela Dra. Lúcia Helena, esclarecendo que os seis meses só começam a ser contados no momento da adaptação, quando ele fez a adesão, que os noventa dias são anteriores à data de aniversário do contrato e que isso se repete até a data de aniversário do contrato propriamente dita, quando se encerra o prazo para fazer a adaptação. Nesta proposta, o prazo de carência é de no máximo seis meses para a cobertura parcial temporária, e, quando houver perda do prazo, terá carência para novos procedimentos e a cobertura parcial temporária para doenças preexistentes será de até 24 meses. **Não apontaram para o consenso da proposta:** a FBH, a ABRAMGE, a Confederação das Santas





**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

**ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00**

---

352 Casas de Misericórdia, Confederação Nacional do Comércio, as Unimed's, a  
353 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços. O **DR.**  
354 **SIDNEY** ressaltou a importância do significado das carências e a que distância se está  
355 de um consenso, porque há outros componentes de negociação que não estão sendo  
356 elucidados. Concordou com a tese e achou necessário um consenso. O **DR. JOSÉ**  
357 **CARLOS** concordou com o prazo de seis meses, mais o período de manifestação. A  
358 **DRA. REGINA** pede esclarecimento se na consulta pública foi explicitada a posição  
359 das empresas que são contrárias à obrigatoriedade. O **DR. BARROCA** respondeu que  
360 as posições foram calcadas na inconstitucionalidade da obrigatoriedade e, portanto, o  
361 oferecimento obrigatório não poderia fazer parte da regulamentação. O **DR.**  
362 **AUGUSTO TADEU** registrou que o Conselho Federal de Odontologia tem assento no  
363 Conselho Estadual de Saúde e que tem levado àquele Conselho as discussões  
364 realizadas nesta Câmara. Solicitou esclarecimento quanto a Agência estar impedindo  
365 seus funcionários de representarem em eventos, exemplificando com um fato ocorrido  
366 em Sergipe. O **Dr. BARROCA** esclareceu que a indicação de representante da Agência  
367 em eventos é decidida pela Diretoria Colegiada, não havendo representação sem  
368 indicação, e que nesse tipo de situação é que a solicitação seja feita diretamente à  
369 Diretoria. Finalizando, propôs que na próxima reunião fosse reservado um tempo para  
370 o debater o processo e a metodologia de revisão técnica, cujo material será enviado  
371 previamente aos componentes da Câmara. Em relação a adaptação dos contratos a  
372 ANS continuará recebendo sugestões. Agradeceu a participação de todos,  
373 ressaltando a importância da reunião, que deu por encerrada.

João Luiz Barroca de Andréa  
Substituto do Diretor-Presidente da Agência Nacional de  
Saúde Suplementar

Solange Beatriz Palheiro Mendes  
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da  
Agência Nacional de Saúde Suplementar

Luiz Arnaldo Pereira da Cunha  
Diretor Gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Fazenda

Ministério do Trabalho e Emprego

Conselho Nacional de Saúde

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conselho Federal de Odontologia

Conselho Federal de Medicina

Conselho Federal de Enfermagem

Federação Brasileira de Hospitais

Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e  
Serviços



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

**ATA DA DÉCIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 27.07.00**

---

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas      Confederação Nacional da Indústria

Confederação Nacional do Comércio

Medicina de Grupo

Autogestão

Cooperativas de Serviços Odontológicos

Cooperativas de Serviços Médicos

Defesa do Consumidor- PROCON

Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - IDEC      Entidades dos Portadores de Deficiências e Patologias Especiais

Social Democracia Sindical