



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

Às dez horas do dia vinte e seis de outubro de dois mil, nesta cidade de Brasília, à Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Anexo - 1º Andar – sala de reuniões do Conselho Nacional de Saúde, foi realizada a **décima quarta** reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9656, de 13 de junho de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo, nos termos parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A reunião foi presidida pelo Sr. Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dr. **Januario Montone** e contou com a participação dos diretores da ANS convidados: Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**, Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras e Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de Fiscalização. Os membros da Câmara de Saúde Suplementar que participaram da reunião foram: Dra. **Claúdia Muros Gurgel**, representante do Ministério do Trabalho e Emprego; Dr. **Carlos Alberto Gebrim Preto**, representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Dr. **Carlos Patrício Freitas Pereira**, representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, representante do Conselho Federal de Medicina; Dr. **Germano Luís Delgado de Vasconcelos**, representante do Conselho Federal de Enfermagem; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo**, representante da Federação Brasileira de Hospitais; Drs. **Francisco Ubiratan Dellape** e **Danilo Valter Bernik**, representantes da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior** e Dr. **José Luiz Spigolon**, representantes 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; 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; Drs. **José Carlos Bitencourt de Andrade** e **Roberto Cury**, representantes do segmento de Autogestão; Drs. **Arlindo de Almeida** e **Reinaldo Camargo Scheibe**, representantes do segmento de Medicina de Grupo; Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, representante das Cooperativas de Serviços Médicos; Drs. **Carlos Roberto Squillaci** e **Randal Luiz Zanetti**, representantes das Empresas de Odontologia de Grupo; Drs. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, representantes das Cooperativas de Serviços Odontológicos; Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli**, representante das Entidades de Portadores de Deficiência e Patologias Especiais. Participaram ainda os seguintes convidados: Drs. **César Augusto Dias Torres** e **Pedro Antonio Fazio**, da FENASEG; Dr. **Amarildo Baesso**, do Ministério da Justiça; Dra. **Regina Helena Nicoletti**, do Ministério da Saúde; Dr. **José Mário M. Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia e Drs. **Ricardo Nohra Simões**, **Maria Angélica Fonseca de Mesquita**, **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 13ª Reunião; Portaria 135, de 10 de outubro de 2000 e minuta da RDC de Segmentação.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

Compunham a pauta da reunião os seguintes itens: leitura, discussão, aprovação e assinatura da Ata da 13ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar de 31 de agosto de 2000; proposta de Segmentação e apresentação do resultado da Câmara Técnica Contábil que deliberou sobre o Plano de Contas. O **Dr. Januario** deu início à reunião, saudando e agradecendo a presença de todos os representantes da Câmara de Saúde Suplementar, destacando a presença dos convidados. Em relação a não realização da reunião da Câmara de Saúde Suplementar no mês de setembro, lamentou o fato e desculpou-se em nome da Diretoria Colegiada da ANS. Consignou que, na ocasião, a Agência enfrentou diversos problemas alheios à vontade da Diretoria que impediram a realização da reunião e reafirmou a disposição e a decisão da Diretoria de manter um calendário permanente e previamente conhecido das reuniões, com suas respectivas pautas. Em relação à Ata da 13ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, recebeu as sugestões de alterações remetidas por escrito à mesa e, sendo as mesmas formais e não de mérito, foram incorporadas ao texto. Posteriormente, colocou a referida ata em votação e, após a sua aprovação por unanimidade, solicitou que a mesma fosse assinada até o final da reunião. Registrou o recebimento do Ofício 7548/2000 do Conselho Federal de Medicina, entregue por seu representante na reunião, Dr. Pedro Pablo, onde a entidade solicita da ANS informações sobre as operadoras registradas e o nome de seus responsáveis. Antes de passar à discussão dos itens da pauta, justificou a ausência do Dr. Barroca nesta reunião, e informou que: 1. a proposta de Adaptação dos Contratos estava sendo finalizada, a partir das sugestões apresentadas, para ser levada ao conhecimento dos membros da Câmara; 2. estaria submetendo à consulta pública a proposta de uma resolução que define o rol de procedimentos ligados à Cobertura Parcial Temporária. Apesar do tema ter sido tratado em Câmara Técnica específica, houve esta decisão para que fique claro a que se refere cada um dos itens especificados contratualmente. Após, passou a coordenação da reunião à Dra. Solange Beatriz, Diretora de Normas e Habilitação de Operadoras da ANS, para a discussão dos itens de pauta, proposta para as RDC's de Segmentação e Plano de Contas. A **Dra. Solange Beatriz** destacou que a minuta de Resolução de Segmentação distribuída a todos os integrantes desta Câmara de Saúde Suplementar é fruto da discussão da Câmara Técnica, constituída com a finalidade de definir os segmentos componentes do mercado de Saúde Suplementar, cujos trabalhos foram considerados altamente produtivos pela ANS, alcançando resultado praticamente por unanimidade e tendo havido apenas dois pontos em que o resultado foi obtido por maioria. O texto final foi então analisado pela Diretoria Colegiada da Agência, que avaliou informações e fatos novos obtidos posteriormente ao término da Câmara, decidindo pela proposta ora apresentada. A proposta da ANS contém as seguintes alterações: a modalidade das seguradoras, contemplada pela Câmara Técnica, ficou fora da segmentação, pois há o entendimento de que seria necessária a modificação da legislação, ou seja, da Lei nº 9.656/98; a modalidade de administradora foi segmentada em administradoras de planos e administradoras de serviços, estas últimas para alcançar as empresas que ainda ficam um pouco descaracterizadas como operadoras de planos de saúde. No que tange à decisão sobre as seguradoras registrou, ainda que apesar da Diretoria



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

87 Colegiada concordar com a Câmara Técnica de que esse segmento pertence ao
88 mercado, este não poderia ser contemplado numa norma da ANS diante de uma
89 legislação maior em vigor, razão pela qual seguiu-se a lógica da estruturação de
90 segmentação estabelecida e determinada pela lei, como cooperativas, administradoras
91 e autogestões para, a partir daí, se estabelecer toda a metodologia de segmentação do
92 setor. O **Dr. Pedro Fazio** registrou que, para ele, ficou claro que a não inclusão, pela
93 ANS, das seguradoras na segmentação se deu por força da lei e não por qualquer outra
94 restrição ou recomendação da Câmara Técnica. O **Dr. Reinaldo** colocou que a
95 ABRAMGE apresentou suas propostas de segmentação, antes da apresentação do
96 relatório final da Câmara Técnica e que não foi considerado pela ANS. Como a proposta
97 final tem algumas modificações que não constavam das versões divulgadas
98 anteriormente e tendo em vista a importância da segmentação com a sequência do
99 grupo técnico de contabilidade e do grupo técnico de garantias considerou um pouco
100 prematuro aprovar naquele momento a segmentação, sem conhecimento do que vai
101 ser feito em garantias financeiras. No que se refere a garantias, colocou que o grupo
102 técnico ainda está iniciando discussão e este assunto está intrinsecamente ligado à
103 segmentação, pois envolve capital, solvência e, por causa da questão tributária e fiscal
104 de cada tipo de operadora, uma possível composição de preço de venda diferente.
105 Disse que a questão garantias vai intervir fortemente no preço do produto e que a
106 discussão dos dois temas deveria ser feita conjuntamente. Em relação a serviço próprio,
107 que permeia a definição da segmentação fez as seguintes observações: o percentual de
108 60% colocado como teto de custo assistencial relativo aos gastos em serviços
109 hospitalares da rede própria, considerou muito elevado, insistindo na proposta de que o
110 mesmo deveria ser de 40%, até que se tenha um novo perfil do mercado que está se
111 preparando para trazer os produtos antigos para as novas coberturas; a definição de
112 serviço hospitalar próprio não inclui os de apoio, diagnose e laboratório, apenas cita o
113 hospitalar e isto pode gerar problemas de interpretação. A **Dra. Solange Beatriz**
114 afirmou, em relação a um dos documentos da ABRAMGE, que o mesmo não foi
115 apresentado quando das discussões da Câmara Técnica, mas após o término dos
116 trabalhos. Afirmou ainda, que todas as propostas apresentadas à época dos trabalhos
117 da Câmara entraram em discussão, sendo que as encaminhadas posteriormente foram
118 analisadas pela Diretoria da Agência. Concordou com a importância de se desenvolver o
119 tema das garantias financeiras, porém entendeu que não há justificativa para reabrir a
120 discussão do tema segmentação diante do modelo em torno do qual chegou-se a um
121 excelente resultado. Reforçou a posição da Agência de continuar com o diálogo
122 permanentemente aberto, para o aperfeiçoamento da norma. Consignou que o
123 percentual de 60% dos custos assistenciais em serviços hospitalares foi objeto de
124 consenso na Câmara Técnica, lembrando inclusive que os percentuais constantes desta
125 proposta foram aprovados na Câmara Técnica, a partir de proposta formulada pela
126 própria ABRAMGE, em seu primeiro documento apresentado à Câmara, tendo sido
127 mantida pela Diretoria Colegiada, e que, novas propostas não poderiam ser aceitas,
128 naquele momento, sob pena de sustar a edição da norma. Disse, ainda, que para se
129 estabelecer o percentual de 60% a ANS se valeu também de uma informação do



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

Ministério da Saúde. Com relação a averiguar, se efetivamente, esse percentual é adequado ou não, informou que esta avaliação será continua e a norma, sendo administrativa, poderá ser aperfeiçoada permanentemente. A **Dra. Lynn** pediu que a proposta fosse explicada por inteiro, esclarecendo a lógica adotada, sua finalidade, o alcance de aplicação e o que se pretende regulamentar com esta segmentação, pois nem todos que compõem a este foro estavam representados na Câmara Técnica. O **Dr. Albucacis** manifestou seu descontentamento com as modificações feitas no documento aprovado na Câmara Técnica. Disse não haver dúvidas quanto à decisão da Câmara Técnica em torno dos 60%, onde apresentou, antes do término da reunião, proposta de modificação do referido percentual que não obteve consenso. Porém, modificações contidas na proposta apresentada, tais como a inclusão de filantropia na segmentação e a exclusão da administração, deveriam voltar à Câmara Técnica para ser rediscutido e reapresentado, vez que esta não tomou conhecimento da decisão da Diretoria Colegiada dadas após a sua última reunião. Propôs, também, a discussão do assunto com outras entidades, como por exemplo o IDEC. O **Dr. José Cláudio** elogiou o trabalho da Câmara Técnica, onde várias questões foram discutidas, com a participação de vários segmentos, e algumas posições foram vencidas, mas criticou a forma como foi apresentada a proposta nesta reunião. Disse, em hipótese alguma, querer interferir nas decisões da Diretoria Colegiada, mas que as modificações e as justificativas correspondentes deveriam ter sido informadas aos participantes da Câmara Técnica, pois isto facilitaria um julgamento. O **Dr. Onécio** observou que, apesar da satisfação do setor que representa em ter as entidades filantrópicas contempladas na segmentação, seria necessária uma discussão em torno da definição contida na proposta, onde está colocada a necessidade de obterem certificados de entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social e o título de utilidade pública federal, estadual ou municipal, que é apenas uma opção para as entidades terem direito à subvenção e à isenção de contribuição patronal. Entende que a definição deveria ser a dada pelo Código Civil Brasileiro e pelo Código Tributário Nacional. Observou que a definição ora proposta divide o segmento que representa. A **Dra. Solange Beatriz** disse que todas as manifestações feitas pelos senhores representantes seriam registradas, porém lembrou que a Câmara Técnica é um órgão consultivo, criado por iniciativa da própria Agência como foro eminentemente técnico para a discussão do assunto, exatamente pela sua complexidade. Esclareceu que o entendimento que se teve quanto à aplicação do dispositivo às administradoras não estava correto, uma vez que quem vai classificar-se como administradora de serviço, para efeito de registro, é aquela que administra exclusivamente, o que não quer dizer que as outras operadoras não possam operar esse ou aquele produto. Trata-se de segmentação da empresa, estrutura básica para as regulamentações posteriores e não de liberdade de operação. Então, toda regra futura, não só de produto como na área de solvência das empresas, terá um parâmetro balizador nessa segmentação, porque a lei diz que temos de observar as peculiaridades de cada setor. Fez registrar que, diferentemente das decisões da Diretoria Colegiada que podem ter um componente político e administrativo, o trabalho nas Câmaras Técnicas acontece no plano



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

eminentemente técnico. Posteriormente, apresentou o Dr. **Ricardo Nora**, funcionário de carreira da Superintendência de Seguros Privados, com quem trabalhou durante cinco anos, o que resultou no seu convite para assumir a Gerência Geral de Normas e Habilitação de Operadoras da ANS. Ressaltou ser ele, além de um técnico bastante capaz, um grande colaborador da Agência, e destacou a importância de seu papel nessa discussão, devido à seriedade com que conduz esses debates, como foi o da Câmara Técnica de Segmentação. Solicitou, então, ao Dr. Ricardo que fizesse uma explanação a respeito da metodologia da resolução, do trabalho desenvolvido e enfatizasse os pontos já identificados como os que merecem maiores esclarecimentos. O Dr. **Reinaldo** endossou em nome da ABRAMGE as palavras da Dra. Solange Beatriz em reconhecimento ao trabalho do Dr. Ricardo. O Dr. **Ricardo** passou aos esclarecimentos da proposta de Segmentação reportando-se ao relatório da Câmara Técnica onde existem basicamente quatro pontos que merecem maiores esclarecimentos. O primeiro diz respeito à administração, em relação ao fato de ser com ou sem fim lucrativo, ponto em que está a discordância da UNIMED, especificamente. Em linhas gerais, o que está disposto refere-se exclusivamente à administradora, empresa que presta algum serviço de administração, que pode ser uma operadora. Mas uma empresa que opere exclusivamente esse serviço de administração tem de ser com fim lucrativo; as demais podem ter esse serviço de administração agregado. O segundo ponto diz respeito ao percentual de 60%. Disse que a CNC, na segunda reunião, pediu redução do percentual, mas a ABRAMGE discordou e apresentou outro documento, com percentual de 60%. Por essa razão e por ser esse um setor que tinha uma relação muito forte com o percentual referido e certamente a maior experiência em rede própria, o item foi aquiescido sendo mantida a proposta da ABRAMGE e especificamente diante da oposição da mesma na Câmara Técnica – como consta do relatório. O terceiro item diz respeito à rede médica hospitalar que, com a redação dada, assumiu-se o controle em qualquer nível, ficando a ANS com o encargo desse controle. Sendo assim, restou o entendimento que esse pleito está contemplado no documento disposto. Observou que na proposta apresentada à ANS pela ABRAMGE, no momento posterior, haviam três itens. O primeiro e o segundo itens, não entrou em detalhes, pois foram aquiescidos. O terceiro item refere-se aos 60%. Disse não há por que aquiescer, porque a própria ABRAMGE na Câmara colocou o percentual de 60%. Além destes, um quarto ponto foi debatido, e refere-se ao caso específico das autogestões não patrocinadas, quando da contratação de uma rede de outra operadora. Quanto a isso, chegou-se ao entendimento de que não deveria haver uma terceirização do plano e, por isso, foi mantido o que está disposto na resolução. Continuando disse que em primeiro lugar, é preciso entender o porquê da segmentação, que está ligada diretamente ao operacional das empresas. Quando se desenvolve um plano de contas, fica muito difícil definir uma norma contábil, se não tiver uma segmentação clara e específica para cada setor. Para as cooperativas, por exemplo, não dá para adotar o mesmo plano. Acrescentou que existem peculiaridades operacionais que têm de ser respeitadas entre os segmentos, e que, por outro lado, existem escriturações contábeis que são as mesmas para segmentos diferentes. Por



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

exemplo, os Ativos dessas operadoras podem ser os mesmos, mas a parte de apropriação de receitas e despesas tem tratamento diferenciado, dependendo do seu segmento. Então, devido à diversidade operacional, se coloca a necessidade de uma segmentação. No que diz respeito à parte operacional, como citou inicialmente, disse ser preciso ter uma formatação de estrutura de custo e, em função da flexibilidade dessa formatação, poderão existir regras de garantias financeiras diferenciadas. No entanto, o principal neste momento é a discussão dessa peculiaridade operacional, que tem de ser retratada numa ferramenta que modele o mercado operacionalmente e que a ANS consiga tratar os dados para, num momento posterior, aí sim, discutirem-se as garantias. Mas essa peculiaridade operacional precisa estar retratada, e com isso a segmentação é uma ferramenta salutar e indispensável para o setor. Explicou que o Capítulo I, em linhas gerais, define as operadoras *lato sensu*, conforme disposto na própria lei, e a palavra operar, segundo a definição estabelecida no parágrafo único, refere-se as atividades de administração, comercialização ou disponibilização, observando que trata-se apenas de situar quem está obedecendo a essa regulamentação. O artigo segundo, disse que também traz uma definição importante, pois refere-se à rede própria, que engloba tanto a parte médica quanto a hospitalar. Citou outra observação feita pela ABRAMGE, inicialmente, no sentido de que a rede própria é apenas hospitalar, dizendo que tal afirmação não é correta. Ela não é apenas hospitalar, é médica, hospitalar e odontológica, conforme definido no inciso II desse artigo. Por existir uma série de itens que compõem a rede hospitalar, foram também considerados os recursos físicos que englobam todos componentes do hospital, observando que será feita a avaliação desse tema no plano de contas. Tratando-se de pessoa jurídica, há outra metodologia de avaliação, mas se a Operadora é a dona do hospital ela tem de ter não só a parte de imóveis como a de bens móveis e os recursos físicos agregados. De acordo com o inciso II, a parte médica ou odontológica é aquela constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora; a parte hospitalar é todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade da operadora. Indagado pelo Dr. ALBUCACIS se estava contemplado o caso de uma operadora que tenha um laboratório ou um centro de diagnóstico fora daquela unidade hospitalar, respondeu que sim. O plano de contas define todos os procedimentos e que na própria Câmara Técnica foi deliberado que essa definição ficaria no nível contábil no plano de contas. No segundo capítulo, explicou que têm-se os tipos de atenção prestados pelas operadoras de planos de assistência à saúde: médico-hospitalar e odontológico, registrando que foi consensual o entendimento de que se a empresa opera um plano médico-hospitalar, o odontológico pode estar agregado, porém não sendo permitido à empresa que opera apenas um plano odontológico, operar com outro tipo de atenção. Feita essa divisão por tipo de atenção, partiu-se para a divisão por segmentos porque, assim, pode-se conhecer o percentual de gastos em rede hospitalar e em rede médica próprias. Explicou ainda, que optou-se em adotar a ótica de gastos em rede própria porque a própria rede da Operadora vai ser parte da garantia desse risco. Esse modelo já é utilizado largamente em mercados regulados. O artigo seguinte, esclareceu que refere-se apenas ao tipo de atenção odontológica, cujos percentuais nele contidos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

foram acatados pela Câmara Técnica, atendendo ao SINOG e às cooperativas de serviços odontológicos, por intermédio da UNIODONTO. Em seguida, passou a explicar a segmentação das autogestões, cuja definição é similar a Resolução do CONSU nº 5, bastante discutida na Câmara Técnica. Foi criada, atendendo inclusive a uma reivindicação do CIEFAS, por intermédio do representante titular da Autogestão, na Câmara de Saúde Suplementar e na Câmara Técnica de Segmentação, a segmentação da modalidade de autogestão em: patrocinada, utilizando-se uma definição já existente no art. 1º da Resolução CONSU nº 5, que é aquela que tem uma empresa que a patrocina; e a não patrocinada, que é aquela que tem uma empresa que a patrocine. Colocou que a autogestão patrocinada poderá ser singular, vinculada a apenas um patrocinador, ou multipatrocinada, que congrega mais de um patrocinador. Disse que o Dr. José Cláudio lembrou-lhe um fato de que ele havia se esquecido: a possibilidade de terceirização da autogestão. Só foram aquiescidos esses dois itens do art. 8º, que são as únicas possibilidades de as autogestões terceirizarem sua rede. Com exceção desses dois casos, perderiam a caracterização de autogestão e, por isso, foi mantido o que consta da Resolução CONSU nº 5. Posteriormente, passou às administradoras, que foram segmentadas em administradoras de planos e administradoras de serviços. As primeiras não teriam uma rede agregada a elas; não assumem o risco e, basicamente, prestam administração a terceiros que têm plano de saúde. As últimas referem-se às demais empresas que não se classificaram como administradoras de planos e prestam administração de serviços. Dessa forma, concluiu que as operadoras poderão ser classificadas em um dos sete segmentos: administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo ou filantropia. Quanto à definição de filantropia, esclareceu que foi discutida com representantes de classe das filantrópicas – tendo sido discutida na Câmara Técnica – e sua redação teve como subsídio as definições contidas no site da Confederação das Misericórdias do Brasil e na base legal que regulamenta esse segmento. Ainda quanto a definição de administradora, reforçou que a mesma engloba a segmentação em administradoras de planos e de serviços, explicando que se a empresa já é uma operadora, essa atividade de prestação de administração de serviço pode ser realizada, mas se uma pessoa jurídica exercer exclusivamente a atividade de administração, ela fica enquadrada como administradora. Esclareceu também que se um grupo de médicos de uma empresa de Medicina de Grupo vai auditar contas médicas de um plano de outra operadora, ele está exercendo uma atividade de administração específica. O plano de contas segrega essas taxas de uma operação e de outra, de modo que se consiga perceber quanto monetariamente é oriundo de uma e de outra atividade. Quanto aos demais segmentos explicou que: as definições de Cooperativas Médicas e Odontológicas, contidas na norma, estão fundadas em dispositivos legais próprios que justificam essa segmentação; a Autogestão pode ser sem fins lucrativos; a Medicina de Grupo foi discutida na Câmara Técnica; nem toda entidade sem fins lucrativos é uma Filantrópica e nessa modalidade de Filantropia estão as associações, fundações ou sociedades civis sem fins lucrativos; a Odontologia de Grupo pode ser com ou sem fins lucrativos. Sobre o último capítulo, “Das Disposições Finais e



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

Transitórias”, explicou que o mesmo trata da aplicabilidade das disposições especificamente e que quando esta norma entrar em vigor, todas as empresas saberão localizar aonde estão enquadradas e a que segmento pertencem. Indagado sobre a questão do cartão de desconto, por ser um produto amplamente oferecido, disse que há interesse em que o mesmo esteja no contexto da regulamentação, mas que a norma estabeleça claramente as exigências no processo de regulação, tendo sido essa a idéia que definiu a inclusão da administradora de serviço na norma e que houve uma grande discussão na Câmara Técnica a respeito. A **Dra. Solange Beatriz** complementou dizendo que a questão é que a lei não chega aos detalhes de todo esse universo, a essa variedade de formas de prestação de serviço. É desejável até que o mercado promova esses produtos novos. Mas, como a Lei nº 9.656/98 pretendeu alcançar todo o mercado de saúde suplementar e a Agência foi criada com a finalidade de regular esse mercado, deve-se de alguma forma ter conhecimento dessas empresas. Em relação a taxa, se é devida ou não, isso é uma questão que será analisada, pois dependendo do nível de participação, de inserção dessas empresas nessa área, talvez não se justifiquem determinadas exigências e critérios. Mas tem de ser analisado cada caso. Por exemplo, o cartão de desconto há seis meses era uma coisa, e hoje, já existe uma gama enorme de produtos que assim se denominam e que, no entanto, são diferentes. Há uma diferenciação grande de produtos e, na tentativa de alcançar todos, denominou-se essa administradora como sendo de serviços, que ainda será objeto de regulamentação específica. A **Dra. Lúcia Helena** demonstrou sua preocupação quanto à questão de risco no que se refere às administradoras de cartão de desconto, considerando importante constar da proposta a obrigatoriedade dessas de assumir o risco na assistência médica prestada, porque muitas delas não têm um comprometimento com a assistência. A **Dra. Solange Beatriz** explicou que esta norma não está criando nem restringindo direitos. Trata-se de uma regulamentação, observando a lei maior. É preciso conhecer as empresas para, posteriormente, então, estabelecer uma regulamentação própria para esses produtos e empresas. Questionada pelo **Dr. Albucacis** se o cartão de desconto foi alcançado na abrangência dos conceitos colocados na proposta de Segmentação, respondeu que essa é uma regra geral, que estabelece os segmentos e os respectivos conceitos. O cartão de desconto é um exemplo de que os casos terão que ser analisados individualmente, a cada produto que surgir no mercado, para que possam ser enquadrados. O **Dr. Onécio** questionou quanto à inadequação da exigência de certificado junto ao Conselho Nacional de Assistência Social feita às filantrópicas, vez que o mesmo é optativo. Citou o exemplo da Santa Casa que é entidade filantrópica, tem esse registro e só utiliza para pleitear subvenções ou isenção patronal. E sugeriu a seguinte redação: “Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, constituídas, segundo o Código Civil Brasileiro, para prestação de serviços assistenciais à saúde.” O **Dr. Ricardo** argumentou que essa definição ampliaria o conceito de forma que qualquer empresa que preste assistência à saúde e sem fins lucrativos seria classificada sob a ótica da filantropia, o que não é o objetivo. O objetivo foi exatamente exigir o registro para a filantrópica. Argumentou, ainda, que



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

o conceito e a redação final foram firmados em discussão conjunta com representantes do setor. O **Dr. Danilo** sugeriu, ainda sobre as filantrópicas, que fosse então utilizada “entidades hospitalares com ou sem fins lucrativos”, subdividindo, se necessário, em filantropia e não filantropia. Apesar da definição “com ou sem” existem hospitais que atendem normalmente ao SUS, como na maioria do interior do Estado de São Paulo que tem esse plano de saúde do SUS. Por isso propôs justamente colocar “entidades hospitalares com ou sem” para contemplar autogestão, administradora e cooperativa. O **Dr. Ricardo** explicou que isso seria inviável pois o tratamento tributário é totalmente diferente. Abrir o leque com a definição de com ou sem fins lucrativos não traduz bem o setor. “Sem fins e não filantrópica” não é tão forte quanto o que está colocado, de modo a retratar o setor. Disse acreditar que o componente “rede própria”, aliado ao anterior, dará a diferenciação, lembrando que se houve consenso sobre esse assunto na Câmara Técnica, onde o respectivo segmento estava representado. Ainda assim, foi criado o SPP/SUS para tratar exatamente do que o Dr. Danilo falou. E na peculiaridade operacional a parte tributária é muito relevante. A **Dra. Lynn** disse, primeiramente, considerar importante, se possível, embutir na regulamentação alguns incentivos para que todos os setores do mercado privado, não só as filantrópicas, prestem serviços ao SUS, pois um dos maiores problemas do SUS é o descredenciamento progressivo de boa parte da rede hospitalar. Em segundo lugar, concordou em manter o setor de filantropia, desde que faça filantropia de verdade, porém hesita bastante em aceitar a continuidade da ligação de Medicina de Grupo como sendo com ou sem fins lucrativos. Disse não ter muito claro o perfil dessas instituições do setor hoje, mas acredita que ainda existem muitas entidades falsas sem fins lucrativos, não cabendo à Agência oficializar isso na sua normatização. O **Dr. Ricardo** respondeu que, com vistas à questão do SUS, criou-se o segmento o SPP/SUS e que, em relação à filantropia, a intenção foi exatamente abrir um “com fins” e outra “sem fins”, mas a operadora que não for registrada no CNAS ficará na Medicina de Grupo e que o importante é ter um acompanhamento, dispor de dados contábeis e econômicos para se fazer uma avaliação num momento futuro. A **Dra. Solange Beatriz** acrescentou que o segmento das filantrópicas não constou da proposta da Câmara Técnica, mas sim de uma posição da Diretoria Colegiada, que teve a preocupação de fazer uma pesquisa, cujo resultado foi no sentido de que esses registros estavam merecendo um cuidado maior. Disse que, num primeiro momento, valeria a pena contemplar esse segmento. O **Dr. Vitor** pediu os seguintes esclarecimentos: em relação ao art. 17, que trata das autogestões, o que se entende pelo termo “exclusivamente”, pois o mesmo vem seguido de uma série de categorias. Outra questão foi quanto ao item II do art. 6º, que trata das não patrocinadas, quais são as categorias que entram nessa modalidade e quais são as possibilidades de as instituições que operam na área da indústria, como por exemplo o SESI, serem classificadas como não patrocinadas. Por último, questionou como serão classificadas as entidades filantrópicas que operam praticamente na linha da autogestão, as cooperativas que se associam em forma de autogestão, porque as operadoras acabam atuando em vários segmentos. O **Dr. Ricardo** explicou que a questão diz respeito à redação inicial do art. 17, onde os termos: “exclusivamente”; dos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

empregados até o terceiro grau; e das não patrocinadas têm de andar juntos. Assim está disposto: "... exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ..."etc. Este é o público-alvo dele, caso contrário, se fugisse desse público, não estaria situado como Autogestão Patrocinada. As não patrocinadas se identificam ao final, quando se diz: "...ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados". Como não se tinha uma ou mais empresas por trás, dividiram-se esses itens. Ressaltou a importância de entender a figura do grupo fechado, que é uma variável nessa caracterização. No caso de a filantropia se confundir com a autogestão, disse que isso também discutido no âmbito da Câmara Técnica e que o problema principal é que não havia uma definição clara de empresa, apenas uma definição de sistema, o que poderia estar suscitando a confusão. Obviamente, a filantropia tem um plano aberto. Não há o que se discutir em relação à autogestão. Existe uma entidade montada, para esse grupo de pessoas pertencentes à empresa. Essa figura não vai confundir-se com a outra, em que se tem uma disponibilização de serviços – foi a palavra que a própria Filantropia entendeu, na hora de definir a operação. A **Dra. Neide** pediu que ficasse claro que filantropia é aquela entidade que não vai cobrar de ninguém, caso contrário as que prestam serviço para o SUS não estão fazendo filantropia. Disse ser importantíssimo que tenha o registro no Conselho Nacional de Assistência Social, porque é a identificação das entidades filantrópicas. O **Dr. José Cláudio** se reportando ao que disse a Dra. Solange Beatriz no que se refere à diferença do enquadramento da operadora num determinado segmento e à comercialização de um produto específico como a administração, considerou correto. Observou no entanto que, no texto aprovado pela Câmara Técnica havia um dispositivo específico que dizia: Art. 24- Parágrafo único- "As operadoras que se enquadrarem na modalidade de Medicina de Grupo ou de Odontologia de Grupo poderão enquadrar-se também na modalidade de Administradora", com o objetivo de permitir às operadoras a possibilidade de operar um produto como administradora e como esse dispositivo não foi mantido na proposta ora apreciada, sugeriu que se encontrasse alguma forma de deixar clara essa possibilidade. Uma segunda observação que reiterou, pois já havia sido colocada na Câmara Técnica, foi a de não ver razão plausível para se condicionar que uma empresa de autogestão não possa contratar rede de uma outra operadora, uma vez que toda cooperativa tem dupla qualidade: é uma operadora de plano de saúde, mas é, essencialmente, uma prestadora de serviços. Argumentou que, da forma como está nesta norma, se uma empresa de autogestão quiser contratar uma cooperativa poderá fazê-lo, mas se ela quiser contratar uma cooperativa que também seja operadora, não poderá fazê-lo, porque existe uma resolução que está proibindo algo que nem a lei proíbe e que a Constituição determina até que seja estimulado, que é o cooperativismo. O **Dr. Ricardo** respondeu que esta norma diz respeito à pessoa jurídica e não especificamente ao produto, que não se coloca uma limitação de produto, pois essa não é a intenção da norma. Assim, como na norma anterior não havia essa Administradora de serviço, o produto estava agregado àquela empresa sem rede, portanto interpretava-se com rede ou não. Como agora entrou mais uma



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

categoria, aquele parágrafo saiu. Então, amarrou-se especificamente a pessoa jurídica para “exclusivamente”. No próprio plano já está disposto o tipo de operação a que o Dr. José Cláudio se referiu, mas que a intenção é localizar quem opera exclusivamente, porque o que não opera exclusivamente já está registrado. Quanto à segunda observação feita pelo Dr. José Cláudio, disse que não iria voltar à discussão, pois o assunto foi amplamente debatido e a opção foi manter esse sistema restrito, com o tratamento que já tem, e respeitar a resolução. Isso consta do relatório. O **Dr. Luís Plínio** pediu maiores explicações sobre a questão de recursos próprios e rede própria, assim como a de assalariados e cooperados. Disse não ver diferença entre contratar uma cooperativa médica para prestar serviço em um hospital, em que o médico é cooperado, e contratar uma empresa cujos sócios vão prestar serviços, até porque não se pode reduzir os honorários da cooperativa contratada. O **Dr. Ricardo** disse que a norma considera gastos com rede médica própria a remuneração do profissional médico que tem vínculo empregatício com o hospital, sendo seu funcionário/empregado, ou cooperado e que é preciso deixar claro que, Pessoas Jurídicas ou Cooperativas de médicos contratados(as), é terceirização de prestação de serviço. O **Dr. Luís Plínio**, em nome da Federação Brasileira de Hospitais, solicitou que fosse registrado um pedido no sentido de que não ficassem obrigados a decidir sobre a proposta naquele momento e sim que ela fosse rediscutida, na Câmara Técnica pois houve alterações na proposta, como no caso das filantrópicas, e que não sabe qual a repercussão para os hospitais. Fala-se em garantias para os usuários, o que é justo, mas como representante de Hospitais, também tem que se preocupar com a garantia para os prestadores de serviços. A **Dra. Solange Beatriz** observou que esta é uma decisão da Diretoria Colegiada da ANS, sendo inoportuna a proposta do Dr. Luís Plínio, uma vez que a não divulgação da norma de segmentação neste momento, cujo critério partiu da própria lei, implicará na impossibilidade de divulgação, também, do plano de contas. E, se o plano de contas, que é o primeiro instrumento de regulação na área de convênios, não for publicado com alguma antecedência o ano de 2001 estará prejudicado e afirmou que o compromisso da Agência é sempre com o diálogo para possíveis revisões de critérios. Quanto às filantrópicas explicou que essas estão na proposta exatamente para atender àquele princípio da lei que trata das peculiaridades. O **Dr. Reinaldo** disse que o questionamento da ABRANGE não foi contra a segmentação, e sim quanto aos percentuais quando da utilização de serviços próprios adotados na proposta. Outra questão que abordou se refere ao art. 16 das Disposições Finais e Transitórias, art. 19 na versão ora apresentada, que determina que para apresentação dos relatórios contábeis deverão ser considerados dos períodos de janeiro a junho e de julho a dezembro, que, na sua opinião deveria ser o mesmo do plano de contas, ou seja, agosto e fevereiro. O **Dr. Ricardo** respondeu que, para a avaliação desses percentuais, nesse primeiro momento, a informação só vai efetivamente proporcionar uma melhor avaliação com a aplicação do plano de contas. Quanto ao Art. 16, explicou que a norma geral de contabilidade estabelece que os balancetes devem encerrar-se com defasagem de até trinta dias após o término do exercício. O **Dr. Danilo** reiterou sua sugestão de alteração da denominação na segmentação para entidades



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

hospitales com ou sem fins lucrativos, para evitar qualquer tipo de análise errônea. O **Dr. Ricardo** disse que a particularidade de ser com ou sem fins não é fato relevante, mas sim, o registro no CNAS é que caracteriza a entidade filantrópica. A **Dra. Lynn** sugeriu que fosse colocado neste documento que a segmentação proposta vem para subsidiar a política de regulamentação no plano financeiro, não devendo ser utilizada para fundamentar interesses no que se refere à parte de atenção à saúde. Disse que desde que foi determinado que cabia à Agência fazer novas segmentações, entendeu que havia ambigüidade nessa atribuição, que parecia estar abrindo a porta para a segmentação do tipo de prestação de assistência, achando importante que se limite o escopo da aplicabilidade disso. A **Dra. Solange Beatriz** disse que, de fato, a Diretoria de Operadoras, dentro de suas atribuições, adotou inicialmente para esta norma de segmentação uma lógica baseada na solvência das empresas, e que endossado as propostas de alteração dessa linha, contando com a participação de técnicos da Diretoria de Produtos e de seu Diretor responsável. Foi verificado pela Diretoria de Produtos que a segmentação, inicialmente com uma lógica financeira, não estaria atendendo à necessidade dos modelos a serem adotados por aquela Diretoria com relação à regulação da assistência. De forma que, a sugestão de abrir uma modalidade de Filantrópica e o segmento de Administradora de serviços partiu da área de produtos. A ênfase dada pela ANS na questão do plano de contas e na segmentação é porque essas ferramentas são indispensáveis para a área de operadoras, enquanto que para a área de produtos são importantes mas não fundamentais. O **Dr. Ricardo**, em relação ao colocado pela Dra. Lynn, falou que não se tem uma segmentação econômica, mas uma segmentação que respeita as peculiaridades operacionais. Por isso foi feito um estudo inicial por parte da Diretoria de Operadoras e, depois, um ajuste com a Diretoria de Produtos. O **Dr. Pedro Fazio** disse sentir falta no texto de uma definição do que é rede própria e do que é rede credenciada para que não haja erro de interpretação e para que não fique dúvida se o hospital será enquadrado como administradora de serviços ou não. Considerou que deveria ficar mais claro, pois quando se fala em administrador está-se referindo a todas que têm plano; não se trata de prestador de serviço. Quando se lê administradora de serviço, esta se refere a todas as empresas que administram exclusivamente serviço de assistência à saúde. Quanto ao serviço, achou que falta a definição de quem é o prestador, pois quem não for o prestador será administrador de serviço por rede própria. A operadora tem duas vertentes para obter serviço: serviço próprio ou uma rede e quem é o administrador nesse conjunto? O **Dr. Ricardo** esclareceu que o entendimento da figura de um terceiro como administrador é fato relevante e precisa ficar bem claro, para corrigir uma distorção desse entendimento que já vem de longa data. Um hospital que opera um plano (caso das Santas Casas, por exemplo) e que tem a ele associado uma rede (que é o próprio hospital) e disponibiliza o serviço dessa rede (do hospital) aos beneficiários do plano, é uma operadora. Nesse caso o hospital não está administrando nada, está efetivamente prestando serviço ao plano. Anteriormente, as empresas que disponibilizavam assistência a seus empregados, a rede estava ligada à administradora, à medicina de grupo, à cooperativa, etc. É uma ligação, não sendo a



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

empresa uma operadora do sistema. Citando outro exemplo, pode-se ter uma empresa que ofereça assistência a seus empregados, contratando diretamente a rede médica hospitalar ou odontológica, assumindo o risco decorrente da assistência e contratando a administração dessa assistência ou desse plano à uma Administradora de Plano. Em um outro caso, pode-se exemplificar, que um hospital que tenha plano, quando prestar assistência à terceiros não contratantes do seu plano, não estará como Operadora, Administradora de Plano ou Administradora de Serviços, essa atividade se caracteriza como prestação de serviços. A **Dra. Lúcia Helena** questionou se, por exemplo, tendo uma prestadora de serviço e contratando-se o seu serviço de UTI móvel. Isso está contemplado na Lei 9.656? Se a UTI móvel faz parte da rede da operadora, não se trata de administradora de serviço, mas de medicina de grupo. Se o consumidor contratou diretamente uma prestadora de serviço de UTI móvel, está enquadrado na 9.656 como administradora de serviço. A **Dra. Solange Beatriz** esclareceu que isso não está na abrangência da lei. Se o beneficiário tem um plano que não tem transporte/remoção e a operadora quer passar a oferecer essa garantia de transporte/remoção, então ele vai credenciar uma empresa de transporte/remoção, que nesse caso é uma prestação de serviço normal e comum ao mercado. Se desejar oferecer aos seus beneficiários a cobertura assistencial de uma UTI móvel – aquela que não só transporta ou remove, mas presta efetivamente a assistência, com médico, enfermeiro, etc. e que atende o beneficiário no local, realizando procedimentos de ordem médica e assistencial, essa assistência é um plano, nesse caso deverá a operadora comprar um plano, o qual será pago mensalmente pela operadora à administradora de serviço e incorporado no custo do plano. Nesse caso é um plano, não é uma prestação de serviço e essa administradora de serviço está obrigada ao registro na ANS, da administradora e do produto (plano). Se um consumidor contratar diretamente cobertura assistencial em UTI móvel (aquela descrita no parágrafo anterior) não somente o transporte/remoção, a empresa deverá também se registrar na ANS. É preciso que estejamos atentos ao disposto no artigo 1º da lei, quanto a definição de Operadoras e de Planos, onde, “ Define-se como operadoras de planos de assistência à saúde as empresas que operam no mercado planos de assistência à saúde”. O **Dr. José Cláudio** perguntou se, objetivamente, a Agência aceitou a contribuição da Câmara Técnica, ou simplesmente não aceitou em virtude de o processo já estar esgotado e vai editar uma norma, independentemente de uma discussão final à frente das últimas considerações. A **Dra. Solange Beatriz** respondeu que essa decisão é da Diretoria Colegiada. O **Dr. Albucacis**, ainda em relação ao percentual de 60%, registrou que a CNC, durante todas as discussões, defendia percentuais menores. A principal oposição partiu da ABRAMGE, cujos percentuais apresentados acabaram prevalecendo, apesar da discordância da CNC. Mas aquela Associação rediscutiu o assunto internamente, achou que aqueles percentuais não eram convenientes, mudou de opinião e enviou à ANS sua nova posição, não importando se antes ou depois do término da Câmara Técnica, assim como o Colegiado modificou muitos outros pontos, e perguntou por que esta não foi considerada, pois as duas entidades resolveram fazer essa reivindicação em conjunto. O **Dr. Ricardo** reafirmou



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

560 que o assunto foi tratado na Câmara Técnica, onde o representante da ABRAMGE disse
561 que analisaria o percentual em reunião interna com a sua entidade. E nessa reunião se
562 manteve os 60% e se discutiu qual era a base dos 30% e dos 60%. A proposta tardia
563 da CNC, certamente foi elaborada por um *feeling* da entidade, pois não há base
564 numérica que sirva como subsídio para essa proposta, principalmente em se tratando
565 de um setor comprador de serviço. Ninguém tem base numérica para isso. É o *feeling*
566 de um contra o *feeling* de outro. Os percentuais foram discutidos com todos os
567 representantes ali presentes, não se restringindo à ABRAMGE e à CNC, pois haviam
568 representantes das filantrópicas, das cooperativas etc. Eram muitos envolvidos para,
569 por uma simples mudança de posição, mudar todo um operacional, sendo que os dois
570 percentuais tinham sido amplamente discutidos com todos os elementos da Câmara
571 Técnica até a última reunião, inclusive com a discordância do representante da
572 ABRAMGE e que, referiu-se à ABRAMGE o tempo todo porque esse percentual partiu
573 dela e foi apoiado por todos os participantes, com exceção da CNC. Quando essa
574 Confederação apresentou um percentual, a ABRAMGE foi a primeira a discordar, e
575 todos os participantes concordaram. O **Dr. Pedro Pablo** colocou o que estava sendo
576 apresentado ficava exclusivamente no plano econômico financeiro, afirmando que, por
577 isso, sua entidade não teve uma grande participação nessa discussão, até porque como
578 se discutir um plano de saúde se não tenho nenhum acesso aos custos desse plano? E,
579 que a questão do médico, do enfermeiro e de seu paciente que são o que há de mais
580 importante, precisaria ser discutido. A **Dra. Solange Beatriz** entendendo que os
581 esclarecimentos sobre a norma de segmentação já eram suficientes, passou à discussão
582 da norma do Plano de Contas, lembrando que também essa norma foi objeto de
583 discussão da Câmara Técnica específica e destaca três pontos básicos: as normas que
584 serão observadas; o plano propriamente dito e a questão da publicação, em seguida
585 solicitou ao Dr. Ricardo que explicasse em que consiste essa norma e os seus aspectos
586 principais. O **Dr. Ricardo** passou à explanação solicitada: A ANS se preocupou e foi
587 consenso na Câmara Técnica que o plano de contas devesse ser aplicado,
588 resguardando-se obviamente as peculiaridades de cada segmento e particularidades de
589 cada empresa, preservando-se assim a identidade das mesmas. Em cinco reuniões,
590 sendo uma extraordinária, a Câmara Técnica deliberou sobre a formatação do plano de
591 contas, os itens que deveriam ser levados em consideração nas normas básicas e o
592 entendimento de todo aquele rol de procedimentos contábeis que seria aplicável ao
593 mercado até o quarto algarismo. Isso a partir de 1º de janeiro de 2001. Integram o
594 plano de contas uma norma básica, tendo como pontos fundamentais o regime de
595 competência, a segregação de resultados, o modelo de publicação, etc. Posteriormente
596 vem o rol de contas e funcionalidades, que foi discutido item por item com cada
597 representante. Houve discussões também sobre a operacionalidade de cada segmento,
598 sobre as Autogestões, as Medicinas de Grupo, Cooperativas e Santas Casas. Foram
599 discutidas também todas as codificações, item por item. Em relação às exigências para
600 as escriturações contábeis das empresas de autogestão patrocinadas, foram acolhidas
601 as razões apresentadas pelo representante do CIEFAS, Dr. José Carlos, à ANS,
602 deliberando-se que seriam só por intermédio de relatório gerencial, mas obedecendo



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

603 aos preceitos contábeis. Tem ainda uma menção no plano, que vai ser objeto de
604 deliberação futura, a solicitação da ANS ao IBRACON, para que esse último represente
605 escopo de auditoria diferenciada levando-se em conta o tamanho das empresas. Enfim,
606 é importante entender que a ANS pode dispor sobre normas contábeis, mas não pode
607 ferir nenhum preceito do CFC. E na Câmara Técnica haviam representantes do
608 Conselho Federal de Contabilidade, do Instituto Brasileiro de Contadores, e seus
609 substitutos do CFC, que era o mesmo representante da Confederação das Misericórdias
610 do Brasil, e do IBRACON, participando ativamente das reuniões. Então, o plano atende
611 ao mercado, e sua aplicabilidade é razoável. Foi criada uma obrigatoriedade que veio
612 da própria ABRAMGE – considerada justa e todos aquiesceram. Trata-se da aprovação
613 desse plano em período hábil para ser publicado. E a data estabelecida como sugestão
614 da Câmara Técnica para sua publicação, foi até 10 de novembro de 2000, a fim de que
615 as empresas possam se preparar para a sua aplicação em janeiro. Portanto ficou
616 consensuado que é um ganho muito grande para todos começarem a entender direito
617 os custos do mercado. Quando se coloca isso em competência, pode-se vislumbrar o
618 operacional. E isso é fundamental, mas tem de estar atrelado às peculiaridades de
619 cada um. O **Dr. José Carlos** observou que o maior inimigo da autogestão é a
620 complexidade do seu processo, tanto na questão normativa quanto na questão
621 operacional. A inflexibilidade de um plano de contas para a autogestão era muito
622 preocupante. A ANS, com a sua sensibilidade, houve por bem acatar parte daquilo que
623 vínhamos solicitando, observando as peculiaridades da autogestão. Infelizmente, as
624 não patrocinadas não estão sendo aqui também isentas da mesma forma. Mas gostaria
625 de pedir à Agência que levasse em conta que existem inúmeras peculiaridades que
626 diferenciam a prática da autogestão em relação ao mercado, também na questão
627 contábil e, portanto, apela para que a ANS tenha a sensibilidade de tratar as empresas
628 não patrocinadas também de forma especial e que seus planos de contas sejam
629 flexibilizados. O **Dr. Ricardo** disse que existem várias contas que não constam do
630 plano. Mas existem preceitos contábeis que determinam que se a conta representar
631 mais de 10% do grupo, deve ser criada. E outras contas que não aquelas de impostos,
632 pode-se criar obviamente por efeito relevante. Essa flexibilidade existe para o setor
633 que tiver outras peculiaridades. A **Dra. Lynn** fez duas observações. A primeira é que
634 deve ficar claro que a exigência de prestação de contabilidade se aplica não apenas aos
635 planos novos, mas também aos antigos. A segunda refere-se à questão da
636 transparência das informações. A Constituição Federal garante o acesso do cidadão às
637 informações exceto quando se tratar de questão de segurança nacional ou de garantia
638 da integridade das pessoas. Assim, os dados que vão fazer parte do plano devem ser
639 de natureza pública, para que possam ser consultados pela coletividade, pois não há
640 nenhum segredo comercial e a Agência não pode ficar escondendo as contas das
641 empresas. A **Dra. Solange Beatriz** lembrou que essa questão de sigilo de informações
642 tem um tratamento legal. Existe um decreto que estabelece como o Poder Público
643 deve tratar o assunto, onde um dos seus dispositivos determina que cada órgão deve
644 constituir uma comissão, que como todos os trabalhos desenvolvidos pela Agência, será
645 tratada com toda a transparência possível, para fazer a classificação de documentos,



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

definindo os que são sigilosos, os que são confidenciais e os que têm confidencialidade máxima. A Agência promoverá a instalação de uma comissão para fazer essa identificação. Disse ainda, que a questão do acesso à informações sempre foi muito delicada porque se, de um lado, se deseja dispor de toda a transparência para poder tomar as decisões, como cidadãos, por outro, há também o direito de sigilo. A **Dra. Lynn** disse entender que esse decreto é inconstitucional, pois contradiz a Constituição. O texto constitucional garante ao cidadão o acesso à informação e não vê como um plano de contas ou um plano de saúde possam ser enquadrados nesses dois casos. O dever do administrador público é seguir o texto constitucional. A **Dra. Solange Beatriz** disse que todos compartilham dessa sua opinião. Porém lembrou que tratou do assunto genericamente, referindo-se aos documentos em poder da Agência, e não dos planos. Tratou de toda a documentação que a Agência, por dispositivo legal, tem a competência de exigir das empresas e que este assunto será tratado à luz de normas legais vigentes. O **Dr. Carlos Squilaci** concordou plenamente que os trabalhos de normatização não devem parar, porém considerou importante que fossem reparadas algumas injustiças. Disse que há alguns meses o SINOG apresentou à ANS uma reivindicação bastante objetiva, ocasião em que foi mostrado que era impossível a taxa de fiscalização da Agência ser exatamente igual para o plano odontológico e para o plano de saúde, até porque um plano de assistência médica custa no mínimo cinco vezes e até dez vezes mais do que um plano odontológico. Então, o SINOG fez uma sugestão, mostrando que havia uma injustiça e, naquele momento, a ANS acatou aquela reivindicação, mas que não poderiam operacionalizá-la porque é matéria de lei. Como o ano já está acabando, perguntou se a ANS tinha posição no sentido de atender a essa reivindicação dos planos odontológicos. A **Dra. Solange Beatriz** embora considerando o foro inadequado para essa matéria, já que existe uma Diretoria específica para este assunto, registrou a manifestação, dizendo que remeteria o assunto à Diretoria Colegiada da Agência. O **Dr. Alarcon** colocou uma preocupação a cerca do foco da fiscalização sobre as operadoras que já vinha antes mesmo da criação da Agência e que considera ainda presente. Considerou que o foco de fiscalização fica muito voltado às operadoras que estão tentando acertar frente à regulamentação, ao invés de estar voltado para aquelas que estão marginais a esse processo. Demonstrou sua preocupação no sentido de que se a fiscalização não priorizar as operadoras que não estão registradas, que não recolhem a taxa e estão descumprindo a lei, teme que as que cumprem suas obrigações, inclusive pagando a taxa considerada abusiva para seu segmento, saiam prejudicadas no futuro. Disse ainda, que há uma grande preocupação por parte do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde e dos órgãos de defesa do consumidor com reajustes, com custos, quando, na sua opinião, a preocupação maior deveria ser com a qualidade do atendimento que está sendo prestado ao consumidor, pois há operadoras – algumas nem são registradas aqui – que remuneram seus funcionários de tal maneira que é praticamente impossível que esses profissionais estejam tendo, por exemplo, o cuidado de usar material descartável. Indagou sobre uma denúncia que fez ainda no DESAS, quando apresentou cópia de contrato, anúncios de diversas empresas que estavam irregulares, e que não teve



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

conhecimento de qualquer providência, sugerindo que, assim como já se colocou na Internet o nome de empresa que praticou irregularidade, fosse divulgado o nome das empresas que estivessem irregulares, para que a população pudesse ter acesso a essas informações. A **Dra. Maria Stella** respondeu ao Dr. Alarcon que na medida em que qualquer irregularidade chega ao conhecimento da ANS, imediatamente há uma ação de fiscalização, com diligências se for o caso, e, até mesmo notificação através de edital de algumas empresas que estão fora do mercado. Disse que os atos de fiscalização são publicados através de processo administrativo, na medida em que essas empresas são notificadas e todos os atos são publicados no Diário Oficial da União na medida em que vão sendo julgados. Registrou que a ANS já fez mais de 3 mil atos de fiscalização em empresas de todos os segmentos, baseados nos processos que herdamos do DESAS, da SUSEP e também nos decorrentes da própria Agência Nacional de Saúde expurgando mais de duzentos casos e multando mais de sessenta empresas. Consignou que mais de mil processos foram passados do DESAS para a Diretoria de Fiscalização e também mais de mil processos da SUSEP, nos quais se está tomando as medidas cabíveis, muito embora haja muita dificuldade, o processo está um pouco moroso, porque todos os processos foram abertos antes da Agência. Quanto à denúncia feita pelo Dr. Alarcon, prontificou-se verificar imediatamente se está registrada a denúncia. A **Dra. Solange Beatriz** ratificou as dificuldades colocadas pela Dra. Maria Stella, dizendo que processo de sucessão teve alguns problemas, inclusive operacionais. Especificamente o DESAS, que ainda estava em fase de instalação quando se deu a sucessão, enfrentou problemas, porque era um departamento novo e estava em fase de estruturação. Em razão desses problemas na sucessão, solicitou ao Dr. Alarcon a possibilidade de recuperar a indicação das empresas denunciadas, para que a ANS possa proceder à fiscalização. O **Dr. José Cláudio** reiterou o pedido feito na última reunião de que fosse disponibilizado o material da apresentação sobre política de reajuste e revisão técnica. O **Dr. Vitor** registrou a necessidade de rediscussão das taxas devidas à ANS, particularmente em relação às operadoras que prestam serviços como o Serviço Social da Indústria-SESI, fato esse que gerou inclusive o pedido de posicionamento da Agência quanto ao Sesi-MS e Sesi-BA. Lembrou que, assim como o Sesi, casos como a FIAT-Betim precisam ser mais discutidos. Propôs que a Agência colocasse em sua pauta o tema Seguro de Acidente de Trabalho, vez que há uma estreita ligação do mesmo com plano de saúde e pelo fato de estar havendo uma grande discussão sobre o assunto. Colocou que, em sua participação no evento recentemente realizado em Salvador, onde o Ministério da Previdência abriu o debate sobre a questão, fez a sugestão, em nome da CNI, para que fosse estudada a possibilidade de criação de um seguro de caráter universal, juntando as hipóteses de prestação de serviço via plano de saúde e seguro de acidente de trabalho. Há uma Comissão na Casa Civil discutindo esse tema e há a informação de que o Ministério da Saúde solicitou à Agência uma proposta nesse sentido – é a informação. A **Dra. Solange Beatriz** concordou com a importância do tema levantado pelo Dr. Vitor e informou que a Agência já está conduzindo estudos nessa direção, participando inclusive das reuniões da Comissão que está incumbida de tratar do tema. As informações, mais uma vez, são bem-vindas.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

Posteriormente, a **Dra. Solange Beatriz** registrou, a pedido da Secretaria da Câmara de Saúde Suplementar, que a alteração feita pelo SINOG na linha 219 da ata da 13ª reunião, ora aprovada, será consignada na próxima ata. E finalizando, deu por concluída a reunião, agradecendo, mais uma vez, a participação de todos os membros da Câmara de Saúde Suplementar presentes na reunião.

Retificação da manifestação do representante do SINOG, Dr. Randal, consignada na linha 219 da Ata da Décima Terceira reunião da Câmara de Saúde Suplementar:

O **Dr. Randal** ponderou que o preço de um plano de odontologia corresponde a cerca de 25% do preço de um plano de saúde. Desta forma, uma DA de 25% em valores absolutos não é viável para uma Operadora de odontologia, que normalmente trabalha com 60% de custo e 40% de DA. Sugeriu o estudo e a adoção de um índice específico para o setor. Ponderou, também, quanto ao maior para o setor, impacto do INSS, que no caso da odontologia chegou a algo em torno de 4% do faturamento, isto porque cerca de 85% do custo do Plano Odontológico está concentrado em Cirurgiões-dentistas pessoas físicas. Como o custo de INSS efetivo para as empresas antes do aumento, não era de 15%, mas de cerca de 12% e, com o aumento da alíquota de 15 para 20% e também mudança na forma de cálculo do INSS, impedindo o cálculo sobre o salário de contribuição, resulta no custo efetivo em torno de 4% do faturamento. Por fim, reiterou a necessidade de haver uma mudança na estrutura dos contratos, porque em relação aos planos coletivos, sejam eles com ou sem patrocínio, muitas vezes a operadora não tem domínio sobre o andamento da política do controlador do contrato. Na verdade, muitas operadoras nem são cientificadas de qual é a política de patrocínio adotada internamente pela empresa.

Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério do Trabalho e Emprego

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

Conselho Federal de Medicina

Conselho Federal de Enfermagem



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 26.10.2000

776
777
778 Federação Brasileira de Hospitais
779
780
781 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
782
783
784 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
785
786
787 Confederação Nacional da Indústria
788
789
790 Confederação Nacional do Comércio
791
792
793 Defesa do Consumidor- PROCON
794
795
796 Entidades de Portadores de Deficiência e Patologias Especiais
797
798
799 Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - IDEC
800
801
802 Autogestão
803
804
805 Medicina de Grupo
806
807
808 Cooperativas de Serviços Médicos
809
810
811 Cooperativas de Serviços Odontológicos
812
813
814 Empresas de Odontologia de Grupo