ATA DA DÉCIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 07.12.2000

Às dez horas do dia sete de dezembro de dois mil, nesta cidade do Rio de Janeiro, à Avenida Brasil, nº 4.365, bairro Manguinhos, no Espaço "Residência Oficial" da FIOCRUZ, foi realizada a **décima quinta** 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 do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei n° 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 de seus diretores: Dr. **João Luís Barroca de Andréa**, Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos; Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**, Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras; Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de Fiscalização e Dr. **Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**, Diretor de Gestão. Os membros da Câmara de Saúde Suplementar que participaram da reunião foram: 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; Drs. **Augusto Tadeu Ribeiro Santana** e **José Mário Morais Mateus**, representantes do Conselho Federal de Odontologia; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo**, representante da Federação Brasileira de Hospitais; Dr. **José Francisco Schiavon**, 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; Dra**. Lucia Helena Magalhães Lopes da Silva**, representante das Entidades de Defesa do Consumidor; Drs. **José Carlos Bitencourt de Andrade** e **Roberto Cury**, representantes do segmento de Autogestão; Dr. **Arlindo de Almeida**, representante do segmento de Medicina de Grupo; Dr. **José Claúdio Ribeiro Oliveira**, representante das Cooperativas de Serviços Médicos; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, representante das Empresas de Odontologia de Grupo e Drs. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, representantes das Cooperativas de Serviços Odontológicos. Participaram ainda os seguintes convidados: Dr. **Pedro Antonio Fazio**, da FENASEG; **Dr. Samir Bittar**, da AMB; Dr. **Amarildo Baesso**, do Ministério da Justiça; Dr. **Celso Barbosa de Almeida**, do Ministério da Fazenda e Dra. **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada representação recebeu uma pasta contendo: a pauta da reunião; minuta da Ata da 14ª Reunião; minuta da RDC que altera o Rol de Procedimentos e da RDC que trata da Cobertura Parcial Temporária, ambas acompanhadas de cópia em meio magnético; e proposta de calendário para a Câmara de Saúde Suplementar em 2001. Compunham a pauta da reunião os seguintes itens: leitura, discussão e aprovação da ata da 14ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; avaliação dos resultados e apresentação das Resoluções da Diretoria Colegiada da ANS sobre cobertura parcial temporária e rol de procedimentos; balanço das atividades da Agência Nacional de Saúde Suplementar no ano de 2000; e proposta de calendário de reuniões da Câmara de Saúde Suplementar para o ano de 2001. O

Dr. Januario deu início à reunião, saudando e agradecendo a presença dos representantes da Câmara de Saúde Suplementar, registrando a presença dos convidados do Ministério da Fazenda, do Ministério da Justiça, da FENASEG e da MAS, e consignou o recebimento de justificativa de ausência dos representantes das Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais, assim como dos representantes do IDEC. Lamentou a não realização da reunião da Câmara de Saúde Suplementar no mês de novembro, que ficou prejudicada em razão do feriado no Distrito Federal na data marcada. Explicou que a realização da 15ª reunião foi, excepcionalmente, transferida para o Rio de Janeiro tendo em vista a falta de disponibilidade do plenário do Conselho Nacional de Saúde naquela data, e que a Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz, em solidariedade, disponibilizou suas instalações, razão pela qual registrou o agradecimento da ANS à diretoria daquela instituição pelo apoio e excelente recepção. Em seguida, passou à discussão da Ata da 14ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, informando que as sugestões de alteração previamente propostas pelos representantes do CIEFAS e da UNIMED à secretaria já haviam sido incorporadas ao texto. Não havendo mais propostas de alterações, colocou a referida ata em votação que, após aprovada por unanimidade, solicitou que fosse assinada. Passou, então, ao segundo item da pauta, a apresentação das Resoluções da Diretoria Colegiada da ANS, já aprovadas e a serem publicadas: a primeira, que altera o Rol de Procedimentos instituídos pela Resolução CONSU nº 10, de 03 de novembro de 1998; e a segunda, que estabelece normas para adoção de cláusulas de cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes. Explicou que a Diretoria Colegiada levou em consideração em relação à primeira, o resultado dos trabalhos da câmara técnica formada para a discussão da matéria, e, em relação à segunda, as sugestões que chegaram durante o processo de consulta pública. Registrou que essa sistemática de trabalho está sendo testada pela ANS e tem o sentido de valorizar cada vez mais a instância das câmaras técnicas, sem, no entanto, desvalorizar o fórum maior, que é a Câmara de Saúde Suplementar. Pediu, então, ao Dr. Barroca que fizesse a apresentação das RDC's. O **Dr. Barroca** iniciou a explanação dizendo que o entendimento da ANS é de que as duas discussões técnicas são complementares, por estarem vinculadas diretamente. Sobre o resultado do trabalho da câmara técnica de revisão do rol de procedimentos, ressaltou que três grupos trataram respectivamente dos procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos. Disse que a RDC tem como anexo o rol revisado, passando a ter um segundo anexo, que foi chamado de índice de grupos de procedimentos que estariam sujeitos à cobertura parcial temporária. Destacou que se o consumidor declarar a doença no momento da aquisição do plano, esta passa a ser considerada como lesão preexistente, sendo, portanto, objeto de cobertura parcial temporária. Esclareceu que os trabalhos desta câmara técnica tiveram início em 13 de setembro de 2000 e realizou cinco reuniões, quando foram discutidas as inclusões, as exclusões e as modificações dos procedimentos integrantes do rol. Destacou que o resultado foi um consenso entre os participantes da câmara técnica, integrada por representantes das seguintes entidades: AMB- como convidada, CIEFAS, Confederação das Santas Casas

de Misericórdia, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, Confederação Nacional de Saúde, Confederação Nacional do Comércio, Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Odontologia, Federação Brasileira de Hospitais, FENASEG e SINAMGE. Disse que: a pedido da Diretoria Colegiada, foram apontados procedimentos que já constam do rol e que também poderiam ser considerados estéticos até que fossem criados critérios técnicos adequados; as sugestões indicavam para a inclusão de procedimentos já amplamente adotados e de eventos possivelmente estéticos que precisariam de um primeiro ajuste; foram incluídos procedimentos habitualmente utilizados, excluídos procedimentos obsoletos e feitas modificações por grafia, por descrição não adequada ou por agrupamento; ser importante não se confundir o rol de procedimentos com uma possível listagem de tabela de procedimentos. Como resultado final de revisão do rol de procedimentos, foram realizadas: 41 inclusões, representando aproximadamente 1% do total; 117 supressões, representando 2,89% do total, sendo que muitas eram repetições vinculadas à metodologias; 190 modificações, representando 4,63% do total. Acrescentou, ainda, que na conclusão dos trabalhos da câmara técnica seus integrantes sugeriram a formação de câmaras técnicas específicas para discutir procedimentos estéticos, de enfermagem, os vinculados a planejamento familiar e os chamados domiciliares; o que é intenção da ANS, havendo, inclusive possibilidade de rediscutir a própria estrutura do rol de procedimentos. Elogiou o trabalho e a participação de todos os membros da câmara técnica, em especial do Dr. Marcos Gusmão, que conduziu os trabalhos. Disse ser fundamental vincular as duas resoluções, para que não haja várias listas de procedimentos, devendo, assim, marcar no rol o que é procedimento cirúrgico, para efeito de cobertura parcial temporária, e o que são os chamados procedimentos de alta complexidade. Em relação à consulta pública, foram recebidas 29 contribuições de operadoras e de suas entidades de representação, advindas: do sistema cooperativo médico, dez entidades, assim como duas federações; do segmento de medicina de grupo, a ABRAMGE e dez de seus associados; das entidades de autogestão, quatro entidades; das seguradoras, a FENASEG e outra entidade; de quatro pessoas físicas e de um conselho profissional. Registrou não ter havido manifestação por parte das associações médicas nem das entidades representativas dos consumidores, ao que a Dra. Lúcia Helena, pelo PROCON, justificou ter sido motivada pelo fato de estarem participando da Câmara Técnica de Reajuste e pela grande demanda de reclamações na entidade, concomitantemente. Dr. Barroca, continuando sua explanação, disse que uma das sugestões recebidas foi no sentido de incluir a referência aos procedimentos cirúrgicos e aos de alta tecnologia, com o objetivo de que não pairassem dúvidas quanto a esses aspectos que podem estar incluídos no regime de cobertura parcial temporária. Outra sugestão que a ANS considerou muito oportuna, foi a de haver ampliação e detalhamento do grupo inicial, principalmente para que houvesse uma vinculação ao rol estabelecido, a fim de que não existissem várias listas que necessitassem de atualização simultanea. Solicitou o registro do grande empenho do Dr. Everardo Braga, para o mapeamento de todas as sugestões apresentadas e da metodologia que

subsidiou a discussão na Diretoria Colegiada. Explicou que os critérios que foram utilizados para caracterizar um procedimento de alta complexidade foram: a necessidade de instalações físicas em condições ambientais especiais; a utilização de equipamentos específicos de médio e alto custo com manutenção especializada; a necessidade de recursos humanos especializados especialmente capacitados; os insumos de alto custo ou muito específicos; o risco intrínseco do procedimento e os eventos de incorporação tecnológica. Disse, ainda, que a consulta pública aponta para que se faça, num rol de procedimentos revisado, a identificação de procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade, e que se crie um índice, que é o agrupamento desses procedimentos, pois são 25 grupos envolvendo nefrologia, anestesiologia, cardiologia, neurocirurgia, dentre outros. Quanto ao agrupamento por índice, registrou que já está sendo elaborado e que o mesmo preserva os títulos constantes do rol e de sua ordenação, atendendo à uma solicitação considerada oportuna, de especificação e detalhamento dos procedimentos. E que o mesmo traz a clareza, sem as restrições, de forma que um contrato de cobertura parcial temporária de uma doença que tem de ser declarada, possa conter qualquer daqueles eventos, e, a operadora, no momento da contratação do plano, tenha de fazer menção a esse índice, a um dos 25 grupos de procedimentos passíveis de cobertura parcial temporária, o que é muito importante porque deixa claro que determinados procedimentos que estão categorizados no rol como eventos cirúrgicos, como por exemplo as reduções incruentas, que na verdade não são eventos cirúrgicos, terão cobertura, tornando impossível a exclusão, mesmo quando o paciente declarar uma doença ou lesão preexistente. Outra vantagem que o agrupamento traz é o da necessidade de revisões do rol conforme os novos procedimentos oriundo da evolução médica, com uma discussão contínua da incorporação tecnológica. Todo procedimento de baixa e média complexidade está incluído, mesmo que a pessoa declare que tem uma doença ou lesão preexistente, e tanto o rol de procedimentos e o próprio rol passam a ter essas duas colunas, assim como os procedimentos que são passíveis de cobertura parcial temporária também estão mencionados nos dois anexos da revisão do referido rol, garantindo transparência e critérios técnicos para a classificação dos procedimentos, o que contempla, inclusive, uma das sugestões feita pelo fórum das entidades representativas durante o acompanhamento da regulamentação dos planos em São Paulo. Para concluir, procedeu à leitura das duas RDC's e abriu a palavra para manifestações. O **Dr. Carlos Roberto** disse que tanto o SINOG, entidade que representa, como a representação da Odontologia de Grupo concordavam com todo o rol de procedimentos odontológicos, inclusive os estéticos muito frequentes neste segmento. Mas, considerou necessária uma ressalva em relação às restaurações de resina autopolemilizável, observando que se todos que tem restauração de amálgamas em dentes posteriores, corretas e perfeitas, quiserem trocá-las por aquelas, isto encarece grandemente o plano odontológico, salientando que o SINOG possui um estudo sobre a incidência deste custo, caso seja liberada. Quanto aos dentes anteriores, disse ser grande a indicação da restauração de resina. Assim, considerou justa que a mesma esteja excluída para dentes posteriores, e quanto aos dentes

anteriores, considerou justa a liberação porque resolve o problema e é estético. O **Dr. Alarcon** registrou que, antes da criação da ANS, houve uma reunião da câmara técnica de odontologia, quando foram abordados vários assuntos e problemas enfrentados pela área de odontologia e que, na ocasião, houve o compromisso de se continuar as discussões para tratar das particularidades desse segmento. O **Dr. Augusto Tadeu** disse que o Conselho Federal de Odontologia também aguarda a abertura desse espaço para que seja discutido não só o rol de procedimentos, mas todos os assuntos inerentes à odontologia, acrescentando que a inclusão ou retirada de qualquer procedimento tem de passar por um órgão específico, como o Conselho ou a câmara técnica. O **Dr. Barroca** respondeu que o segmento odontologia foi o embrião do trabalho de estabelecimento do rol de procedimentos, o segmento pioneiro no que refere ao rol, apontando situações as quais concordou que carecem de uma solução, mas que devido ao volume de questões que precisavam de regulamentação foram priorizados os procedimentos que ainda não haviam sido contemplados no rol na primeira etapa, considerando oportuna a observação do SINOG. Reiterou ao Dr. Alarcon e ao Dr. Augusto Tadeu que todos os ajustes dos diversos segmentos serão feitos, com suas respectivas representações, num processo de discussão e evolução contínuos. O **Dr. José Cláudio** questionou se a ANS fez algum estudo de impacto financeiro das 41 inclusões, uma vez que, aparentemente, as exclusões eram procedimentos obsoletos, porque se houver a interpretação de que tais inclusões são válidas inclusive para os contratos firmados desde janeiro de 1999, o eventual incremento nos custos dos produtos é uma questão relevante. Indagou, ainda, se o disquete que foi disponibilizado continha o novo rol de procedimentos com as alterações de forma destacada e solicitou que, em não havendo destaque, fosse encaminhado, pela ANS, um resumo dos procedimentos incluídos, excluídos e alterados. O **Dr. Barroca**, respondendo ao Dr. José Cláudio, falou que o material estava contido no disquete. Quanto aos procedimentos excluídos, disse que nem todos que foram excluídos eram obsoletos e que a câmara técnica, em relação a inclusões e exclusões, foi extremamente equilibrada, pois não há impacto capaz de dar subsídio tecnicamente consistente a reajuste no próximo ano, e que, tanto nas inclusões quanto nas exclusões, a mesma apontou para o que é importante tecnicamente, reafirmando tratar-se de uma primeira revisão do que já é feito hoje. O **Dr. Arlindo**, em nome da ABRAMGE, referindo-se à valorização das câmaras técnicas, tema abordado pelo Dr. Januário, registrou seu protesto contra o que aconteceu na câmara técnica de segmentação e na própria Câmara de Saúde Suplementar, dizendo que a conclusão daquela câmara, infelizmente, não foi adotada pela Diretoria Colegiada, que sequer submeteu àquele fórum. Concluiu dizendo que esta postura desvaloriza o trabalho desses órgãos técnicos, considerados da maior importância para Agência Nacional de Saúde Suplementar. O **Dr. Luis Plínio**, em nome da Federação Brasileira de Hospitais, apoiou o protesto do Dr. Arlindo, acrescentando que não há qualquer questionamento quanto a decisão final ser da Diretoria Colegiada que tem esta prerrogativa legalmente estabelecida. Porém, lembrou que quando do início das câmaras técnicas, houve o propósito de que as conclusões destas seriam submetidas à

Câmara de Saúde Suplementar, para que este forum pudesse opinar ou, ao menos, ser informado destas decisões antes de serem publicadas. Por isso, inclusive, as entidades se empenharam para atender ao apelo da ANS no sentido de indicar seus representantes para as câmaras técnicas, o que a Diretoria Colegiada achava fundamental. Assim, uma vez que as resoluções refletem a posição final da Diretoria, disse que poderiam reservar-se ao direito de dar sugestão *a posteriori* sobre as matérias já decididas. O **Dr. Albucacis**, em nome da Confederação Nacional do Comércio, endossou as palavras do Dr. Luis Plínio e do Dr. Arlindo. O **Dr. Onécio**, com relação às câmaras técnicas e à Câmara de Saúde Suplementar, registrou que a Confederação das Santas Casas de Misericórdia era solidária à posição da Federação Brasileira de Hospitais. O **Dr. Januario** disse respeitar as posições formalizadas pelas entidades, porém reafirmou que esse é um processo em construção, em permanente aperfeiçoamento, sem mencionar especificamente essa ou àquela resolução. A Câmara de Saúde Suplementar tem a representação de cinco grandes segmentos: as entidades sindicais, que representam os consumidores coletivos; as operadoras; as entidades patronais, que representam os grandes consumidores de planos coletivos; além de representantes de ONG's e de conselho dos profissionais técnicos da área médica. Enfim, é uma Câmara altamente representativa, mas nenhum dos segmentos que a integra é majoritário do ponto de vista da composição. Além do caráter consultivo da Câmara, disse que há uma questão fundamental: ao longo do processo, seja qual for o seu desenvolvimento, a direção da Agência está buscando todas as instâncias colegiadas de participação, de negociação e de aperfeiçoamento do setor, mas a responsabilidade final pela edição da regulamentação é da ANS, que não poderá jamais fugir disso, por esta razão o investimento numa engenharia institucional que permita construir o máximo possível de consenso. Insistiu junto às entidades representadas na Câmara de Saúde Suplementar que, efetivamente, valorizassem essa instância a ela ligada, que é a câmara técnica, ressaltando a importância da participação qualificada de todos os órgãos e entidades que nelas se fazem representar, porque, cada vez mais, este será o fórum onde as resoluções específicas serão construídas. Relembrou que, naquele momento, duas câmaras técnicas do mais alto significado estavam em funcionamento: a que discute o processo de regulação de preço para o setor e a que trata da instituição das garantias financeiras. Colocou a preocupação da ANS para que não haja qualquer atropelo no processo de regulamentação, por isso a posição institucional de valorização das câmaras técnicas, para que a direção da Agência possa potencializar a capacidade de resolução ou de antecipação da solução de conflitos nestes fóruns. Passou, então, às intervenções. A **Dra. Lúcia Helena** disse entender que o rol exclui procedimentos extremamente necessários ao atendimento dos consumidores e que tal dispositivo representa um retrocesso para todo o sistema de planos de saúde, já que alguns procedimentos definidos como de alta complexidade já eram ofertados no mercado antes mesmo da vigência da Lei 9656/98, inclusive, de forma rotineira e com prazo de carência inferior aos 24 meses impostos pela legislação. Assim, como representante da Fundação Procon, disse considerar que não caberia definição de alta complexidade para diversos

procedimentos constantes do rol, tais como: quimioterapia, radioterapia, ressonância magnética, cateterismo, angioplastia, tomografia computadorizada, entre outros. Observou que a exclusão destes procedimentos por um período tão extenso (2 anos de cobertura parcial temporária) colocaria em risco a vida dos consumidores, além de contrariar o Código de Defesa do Consumidor. Discordou, referente ao rol de procedimentos, da inclusão de cobertura para cirurgias refrativas somente para mais de sete graus. Manifestou que, independentemente do grau, as cirurgias quando prescritas pelos médicos assistentes, são sempre necessárias na medida que são corretivas de função. Em razão disso, reafirmou seu entendimento de que a Lei 9656, ao prever dois anos, estaria penalizando o consumidor. Colocou sua preocupação com relação à regra da adaptação dos contratos, ainda não editada, que faz com que o consumidor que adaptar seu contrato passe para uma nova situação, incluída também essa da alta complexidade. Daí a necessidade de revisão do rol que está sendo adotado. Colocou, ainda, que o ideal era que não houvesse restrição à preexistência, mas uma vez que ela foi abordada era preciso discutir o prazo de carência, pois dois anos é um prazo excessivo. Após a lei, disse não ter visto nenhum contrato firmado que previsse prazo menor, tendo em vista que as operadoras estão adotando literalmente os dois anos com o amparo na lei. O **Dr. Pedro Pablo** considerou que o rol de procedimentos tinha uma disposição clara, dirimindo dúvidas antes existentes. Colocou duas questões que considerou importantes que fossem contempladas na revisão: a primeira, quanto ao planejamento familiar, toda a parte de esterilização e de promoção de fertilidade, dizendo que não são procedimentos tão complexos ou de alto custo que justifiquem o que é cobrado por eles; a segunda, quanto a questão da esterilização, alertando que há uma lei que trata do planejamento a qual precisa ser observada. Quanto ao rol de procedimentos de cobertura parcial temporária, protestou pela inclusão da quimioterapia e da radioterapia, dizendo que o Conselho Federal de Medicina não defende o médico, mas sim a medicina, e esta defende o prestador de serviço e o seu cliente, que o compromisso fundamental é com a vida. O **Dr. Barroca**, quanto às colocações feitas sobre planejamento familiar, esterilização e fertilização, disse que foi indicado pela câmara técnica a necessidade de uma discussão específica destas questões, e que isso está na agenda para 2001, com todos os estudos necessários, inclusive de impacto de custo. Quanto a questão da cobertura parcial temporária, esclareceu que é de até 24 meses, lembrando que este foi um dos raros consensos obtidos na Câmara de Saúde Suplementar em 1998, e não necessariamente de 24 meses, podendo ser menor, mas nunca ultrapassar os 24 meses, razão pela qual discorda que a lei prejudique o consumidor. Salientou que o que não pode mais é excluir a ultra-sonografia, por exemplo, como tem acontecido. Na falta de um entendimento claro, pode acontecer de se considerar um procedimento de média complexidade como excluído, porque falta o rol. Quando foi determinado os que podem e os que não podem, se estabelece claramente os procedimentos que podem ser objeto de cobertura parcial temporária. E o critério utilizado foi o do Ministério da Saúde, existente na portaria ministerial que define procedimento de alta complexidade. Com referência à quimioterapia e à radioterapia, disse ser importante

que ficasse claro que os procedimentos de alta complexidade não necessariamente requerem internação e, que era preciso estabelecer qual é a responsabilidade das operadoras frente à manutenção da assistência e que, de maneira alguma, esta poderia ser fragmentada, mas um dos maiores problemas do mercado em todo o mundo é lesão preexistente. Citou que: uma situação é a da pessoa que já tem um plano, não tinha câncer e passa a desenvolver a doença, esta hoje está coberta, e este é um avanço extraordinário na legislação; outra daquela que não tem acesso a plano, onde fica preservada toda a parte de média complexidade. Por essas razões, considerou que a proposta, além de seguir rigorosamente o planejamento que se havia determinado no sentido de aumentar a transparência das relações, é um avanço para todos, e, ainda, passível de revisão. O **Dr. Januario** reafirmou que a Agência age em mais de uma dimensão e que temos hoje uma realidade concreta, que é a legislação, lembrando que assim como havia muitos contratos antigos com carências menores do que a lei exige, certamente havia contratos com carências maiores e o que houve foi a determinação de um limite máximo, não impossibilitando a variação a menor, que continua viável e é incentivada. Disse que a lei avançou ao proibir que houvesse qualquer tipo de restrição superior ao nela previsto e a ANS tem de regulamentar a legislação existente da melhor forma técnica, racional, em busca do equilíbrio geral do sistema e no atendimento do consumidor. Que todas as forças continuam discutindo os avanços na regulamentação, salientando que existem dois níveis de discussão: um, o avanço geral da regulação; outro, a regulamentação específica do que a legislação objetiva já prevê, baseada na qual a Agência tem de agir, o que não impede a permanente discussão para possíveis ajustes e aperfeiçoamentos no arcabouço da regulação. O **Dr. Samir Bittar**, no que se refere à inclusão de novos eventos no rol de procedimentos, disse que as operadoras precisam ter um norte para remuneração dos novos procedimentos que surgirão e que a tabela da Associação Médica Brasileira tem sido esse elemento norteador, o que é do interesse da entidade que representa. Informou, ainda, que tal lista está sendo reformulada e será adotada também pelo Conselho Federal de Medicina. O **Dr. José Carlos** manifestou sua preocupação com as decisões das câmaras técnicas e o resultado das RDC's, pois quando estas são eminentemente técnicas, as soluções apresentadas têm tido aceitação pacífica junto à Câmara de Saúde Suplementar. Mas, quando envolvem outras questões de entendimento jurídico, administrativo e até mesmo político, precisam de melhor depuração nesta Câmara, fórum adequado para isto. À parte, considerou a possibilidade de que se pense numa forma de ajuda às entidades para custeio do deslocamento de seus representantes que participam das câmaras técnicas. Referendou, em nome da Autogestão, a manifestação quanto à necessidade de discussão específica sobre planejamento familiar, fertilização e esterilização, que considera fundamental sejam contempladas, registrando que a maioria das autogestões já adotam estas práticas. O **Dr. Pedro Fazio** enfatizou o avanço social que todo esse processo está trazendo, lembrando que no modelo anterior, se existia uma carência só se podia usufruir de determinado serviço depois do cumprimento desta, e a doença ou lesão preexistente não era coberta de maneira

geral, ou quando tinha carência os prazos eram bem superiores a 24 meses. Registrou, portanto, que os 24 meses é um avanço social muito grande, que tem de ser reconhecido. Mas, ao mesmo tempo, que se deve ter bastante cuidado com o risco futuro, com o equilíbrio das carteiras, para que se possa honrar os compromissos junto ao consumidor. Considerou prudente esse intervalo para a cobertura parcial temporária, na medida em que se está lidando com risco certo e com risco futuro já marcado e que o equilíbrio desse modelo precisa ser preservado sob pena de sacrifício dos demais participantes das carteiras das operadoras. Assim, ponderou que qualquer alteração nesse prazo, para menos ou para mais, precisa de um amadurecimento, pois não há dados contábeis acumulados que possam subsidiá-la. O **Dr. Vitor** reforçou a grande importância que têm as discussões da Câmara de Saúde Suplementar e a intenção da ANS de procurar valorizar cada vez mais as discussões nela realizadas. Em relação ao rol de procedimentos, pediu esclarecimentos sobre uma afirmativa feita pelo Dr. Barroca de que não se deve confundir os procedimentos com a tabela de preços, por terem lógicas distintas, mas, na sua opinião, é o que ocorre na prática, pois à medida em que são incluídos no rol, os procedimentos acabam sendo tabelados e, no final, o rol e o tabelamento funcionam da mesma forma. Apoiando as posições já colocadas, levantou a sua preocupação em relação à necessidade de aprofundar as discussões quanto aos planos odontológicos, por se tratar de procedimentos específicos, com grandes particularidades, porque há perspectiva de forte crescimento nessa área com a expansão da cobertura a partir de agora. Por último, destacou a especial atenção dispensada pelo Diretor-Presidente da ANS em audiência realizada com o seu segmento, ocasião em que foram apresentadas suas demandas, as quais apelou para que fossem equacionadas com brevidade, inclusive com a possibilidade de reunir o grupo interessado do CNI e do SESI, pois algumas entidades de seu segmento já têm planos de saúde fortemente desenvolvidos. O **Dr. Barroca** em suas considerações finais, disse que uma das importâncias do rol é a de fixar claramente as responsabilidades das operadoras que compõem o sistema privado de assistência à saúde na sua interface com o sistema público, para que não fique a idéia de que o consumidor que não tenha determinada cobertura pelo contrato esteja condenado inexoravelmente à morte. Ressaltou que a manifestação do representante da FENASEG foi bastante interessante porque lembra que os contratos antigos simplesmente excluíam qualquer coisa que tivesse relação com a preexistência, daí o avanço que aconteceu, apesar da necessidade de aperfeiçoamento. Quanto às observações feitas sobre a relação entre a tabela de pagamento e o rol de procedimentos, disse que pelo fato do interesse da ANS não ser na relação comercial *strictu sensu*, começou-se a agrupar alguns procedimentos, e, que todos os segmentos terão, juntamente com a Agência, de construir esta nova tabela, paulatinamente. Mesmo porque vem se tentando ter a tabela da AMB como referencial e acontecendo a maior confusão, pois há várias delas sendo hoje utilizadas pelo mercado- a 90 modificada, parte da 92 etc, além de não conterem toda a parte de assistência médica, como os hospitais, por exemplo. Assim, considerou necessário, quando da discussão do financiamento do setor, abordar o que é honorário

profissional, o que é tecnologia, etc. E, de qualquer maneira, os avanços relativos a esses índices da cobertura parcial temporária são fundamentais também para dar clareza de que a incorporação tecnológica tem de obedecer a algum critério de eficiência. O **Dr. Januario**, encerrando este bloco, deixou claro que a Direção da ANS levará em consideração as observações feitas em relação aos dois temas abordados: o rol de procedimentos propriamente dito e os seus reflexos na cobertura parcial temporária, assim como o próprio funcionamento da Câmara e a inter-relação com as câmaras técnicas. Mais uma vez reforçou a importância que está sendo dada à câmara técnica que, além de construir consensos e dar foco a possíveis dissensos, cumpre o papel de apoio técnico à ação da Agência. Por isso, a disposição da ANS em incentivar à instalação de tantas quantas forem necessárias, inclusive procurando formas de viabilizar a participação das entidades que não têm profissionais específicos nos seus quadros, salientando que é um processo que pode ser aperfeiçoado, assim como o das consultas públicas. Na visão da ANS, disse ser desejável que todas as resoluções tenham a participação de várias instâncias, no sentido de abrir o leque de sugestões, para que possa agir na dinâmica da realidade. Porém, o processo de construção da regulação tem de dar conta, inclusive, da real situação do setor e, em determinados momentos, a Agência tem de definir o processo, apesar da posição de abertura constante para encontrar formas de aperfeiçoamento nas câmaras e nas discussões com os vários segmentos. Ressaltou que a regulamentação é a pedra de toque de toda a construção do processo de operação, que está inserida numa dinâmica, porém o insumo estratégico de uma agência reguladora, que não se pode perder de vista nem dele abdicar, é o da decisão, caso contrário ela não cumpre a sua função. E esclareceu que estas colocações que fez não foram para cravar o poder regulador da Agência, mas sim a sua responsabilidade legal de suprir os instrumentos regulatórios necessários à objetivação da lei. O Dr. Januario passou então à explanação do balanço das atividades da ANS no ano 2000: inicialmente esclareceu que o relatório de gestão, obrigação legal da ANS, está sendo finalizado. Situou os desafios e as dimensões estruturais de atuação da Agência, dizendo que a estratégia de implantação da regulamentação é decorrência da própria legislação. Lembrou que o arcabouço da regulamentação aconteceu em 1998, com a Lei 9656 e a MP que naquele momento tinha o número 1651. Esse marco regulatório definiu uma estratégia geral de implantação das principais preocupações: assegurar uma cobertura integral sem exclusões e com condições de acesso ao usuário do plano de saúde; controlar fortemente as condições de ingresso, de operação e de saída do setor por parte das operadoras, determinando quem e como opera; definir claramente uma política regulatória de preços, que fechasse as portas para os possíveis abusos de preço; e buscar um equilíbrio para o funcionamento do sistema e do próprio modelo de regulação e de fiscalização. Disse que a lei, ao definir coberturas e tratamentos diferenciados para os contratos novos e antigos e direitos gerais para todos os contratos, estabelece uma pré-estratégia que deixa clara três dimensões de atuação no processo de regulação: a construção da implementação do modelo regulado – cobertura integral obrigatória do plano referência com as segmentações possíveis de

cobertura e as condições de acesso; os direitos gerais, universais do setor, que ainda não estão diferenciados nos contratos e têm a ver com o controle de reajuste de preços nos contratos individuais, com a impossibilidade de rescisão unilateral do contrato, da renovação automática e da não interrupção da internação; e a transição dos contratos não regulados para os contratos regulados. A própria legislação definiu a transparência, o ressarcimento ao SUS, e o próprio modelo regulatório como tripartite, que funcionou em 1999. O início do modelo regulatório teve dois Ministérios com instâncias de regulação bastante claras, os quais agiram nas suas competências definindo uma estratégia. No final de 1999 houve duas grandes mudanças: uma está relacionada com as coberturas - transformou a adaptação num direito do consumidor e numa obrigação da operadora, admitindo que durante um período pudesse conviver a figura do consumidor, da cobertura e do acesso regulado por um contrato; a outra, é no próprio modelo de regulação - criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que, além de unificar as ações, insere a regulação deste setor no modelo das agências reguladoras, consideradas como um fator de efetividade para a regulamentação de qualquer setor. Nesta primeira dimensão de transição do modelo de regulação, tivemos dois blocos de atuação. O primeiro foi a revisão e a uniformização do modelo anterior, onde um desafio foi buscar a unificação dos principais aspectos da regulamentação, entre os quais a fixação dos procedimentos para registros das operadoras e dos produtos, e dos procedimentos para reajustes. Outro desafio foi a instalação física e organizacional da própria ANS, que, apesar das dificuldades, conseguiu-se: a elaboração do regimento interno, peça básica para organização; a estruturação da Diretoria Colegiada e das diretorias executivas; a instalação da sede no Rio de Janeiro, embora ainda de maneira provisória, mas em condições de funcionamento; a instalação da regional de Brasília; a implantação do sistema de arrecadação das taxas de saúde suplementar; e a elaboração do contrato de gestão, em fase de finalização. Um obstáculo também não superado foi o quadro de pessoal temporário, que não pode ser efetivado em virtude da legislação eleitoral. No que se refere à cobertura prevista na legislação para contratos novos, os avanços em 2000 foram as definições: do plano-referência por resolução, do rol de procedimentos e a fixação dos procedimentos de alta complexidade para fins de cobertura parcial temporária. No campo das garantias gerais, a definição dos procedimentos referentes aos reajustes por faixa etária, em todas as suas modalidades. Quanto ao modelo de transição disse existir uma proposta de adaptação de contratos aprovada, no mérito, pela Diretoria Colegiada aguardando apenas parecer técnico e jurídico. No que se refere às condições de operação do setor, conseguiu-se iniciar a montagem do sistema para a construção do processo de garantias. Foi estabelecido o plano de contas padrão, objeto de construção a partir da câmara técnica. Informou que se encontrava em andamento a câmara técnica de garantias financeiras, talvez o maior impacto na construção da modelagem das exigências futuras para ingresso no setor. Quanto ao desenvolvimento dos instrumentos de intervenção da Agência em condições gerais de operação, foi sistematizado o plano de recuperação que estava sendo analisada pelo CONSU.

Registrou que existem também as seguintes resoluções: a que define o formato da transferência voluntária de carteiras, garantindo a sucessão de contratos; a que define a segmentação das operadoras; e a relativa ao responsável técnico que estava em processo de consulta pública. Quanto à discussão de preços, houve a regulamentação dos procedimentos para solicitação de revisão técnica, que mudou completamente o conceito que vinha sendo propalado e a formação da câmara técnica de regulação de preços, que estava também em andamento. Na dimensão da chamada efetividade da regulamentação, disse haver três eixos de organização: um no campo da fiscalização direta, que é a regulamentação de procedimentos para todos os processos, inclusive os oriundos do DESAS que a Agência reorganizou e lhes deu andamento, além de um forte incremento nas ações de fiscalização já unificadas na esfera da Agência; no campo da fiscalização indireta, a ação foi na questão da sistemática de informações- os processos de requerimento de informações, de notificações e de informações sobre recolhimento da taxa de saúde suplementar, de maneira que se tivesse um monitoramento geral do setor; e na regulação dos instrumentos de intervenção, houve uma revisão das formas de penalidade por parte do CONSU 2 e o acréscimo na legislação, a partir da reedição da Medida Provisória em novembro, do termo de compromisso de ajuste de conduta, um instrumento que considera essencial estar agregado às possibilidades de intervenção da Agência, principalmente no momento em que ele permite sanear as questões coletivas, e não só as individuais. No que se refere à informação e participação, houve a implementação do *site* da ANS, que é herdeiro do *site* do DESAS e vem sendo reformulado, a fim de disponibilizar o máximo possível de informações para o usuário. Quanto às instâncias de participação, o esforço foi de: reativar a Câmara de Saúde Suplementar que tem a mesma composição, porém com poderes ampliados, e que em 2000 realizou cinco das oito reuniões previstas; instalação de cinco câmaras técnicas, três delas encerradas e duas em andamento; realização de três consultas públicas de adaptação de contrato, de rol de procedimentos para fins de cobertura parcial temporária e a de responsabilidade técnica, duas delas com resolução aprovada. Em relação às câmaras técnicas registrou a realização, até aquele momento, de dezenove reuniões das cinco câmaras que funcionaram ou ainda estavam funcionando, envolvendo 98 técnicos. No caso do ressarcimento, a estratégia definida pela legislação era imediata, auto-aplicável, mas dependia de três grandes pressupostos para implantação efetiva: a formação do cadastro de usuários, a definição do valor a ser ressarcido e a criação do sistema compatível com o do SUS-AIH's, que já vinham sendo desenvolvidos e foram complementados pela Agência com a revisão dos procedimentos clínicos, a implantação do sistema de cadastro, a habilitação e treinamento de gestores e a implantação do ressarcimento, ressaltando que todo o ciclo do ressarcimento estava cumprido, passando pela identificação, notificação, definição de infração ou não, recursos e seus julgamentos, cobrança, recebimento e repartição dos recursos. Quanto ao cadastro das operadoras, disse que apenas 70% das mesmas estavam com as informações cadastrais solicitadas pela ANS completas. E que, em todas as áreas, cerca de 30% das operadoras registravam problemas com o cumprimento da

legislação formal que estabelece as condições de ingresso e operação, número esse que pode ser um indicador do por que 38% das autuações realizadas pela Agência referiam-se a questões ligadas a reajustes irregulares e outros 35% a planos sem registro. Em relação à arrecadação da taxa de saúde suplementar, que a ANS considerou bastante expressiva, informou que foi de 33 milhões de reais, ainda sem a última parcela, projetada para atingir cerca de 45 milhões de reais. Salientou que este não é um valor pequeno; pelo contrário, é considerado bastante significativo, mas que estava pelo menos cinco vezes distante dos 200 milhões estimados por parte do setor quando da criação da Agência. Lembrou que, apesar da arrecadação ter se iniciado a partir de março, apenas no segundo semestre foi obtida autorização orçamentária para esses recursos. Como indicadores do sistema de monitoramento, registrou 346 requerimentos de informações à operadoras que são responsáveis por cerca de 75% do total de consumidores cadastrados na ANS. Citou também alguns indicadores das ações de fiscalização direta realizadas até novembro implicando em: 4.366 ações, sendo 2.288 diligências em andamento, 2.046 autuações, 466 processos concluídos e 70 multas aplicadas, a maioria delas ainda em fase de execução. Registrou que há muito recolhimento de taxa e informações cadastrais *sub judice*. Outro dado na área de fiscalização de atendimento que considerou da maior importância foi o da utilização da Iternet e do Disque-saúde como instrumento de fiscalização, que reforça a intenção de melhorar cada vez mais a possibilidade de acesso do consumidor ao sistema, registrando que as consultas feitas pela Iternet já superam as demandas geradas pelo sistema 0800. Acrescentou que 70% do total de autuações referem-se às cooperativas, e apenas uma delas, da região norte, foi responsável por quase 25%, sendo que 24% referem-se à medicina de grupo e 2,7% às seguradoras, esclarecendo que essas porcentagens são apenas das operadoras que tiveram dez ou mais autuações nesse período. Registrou, ainda, que 507 operadoras receberam notificação referente a cadastro, 207 referente a taxa e 1.220 a taxas e cadastro, significando que apenas 752 operadoras não receberam qualquer tipo de notificação da Agência e, portanto, estavam com a situação regularizada. No que se refere a cadastro e taxa, havia 1/3 das operadoras em situação regular, e que naquele momento eram 2/3. As notificações geraram um incremento 1.950 mil reais na arrecadação da ANS e o registro de 3,4 milhões de consumidores no cadastro. No que se refere ao ressarcimento ao SUS, estavam habilitados apenas oito Estados, que representam 30% do total. Quanto aos Municípios, disse ser possível a habilitação ao ressarcimento de todos os que estivessem na condição de gestão plena do sistema, e dos 150 que se encontravam nesta condição, apenas quinze habilitaram-se ao ressarcimento, significando que, se o Ministério da Saúde não tivesse sido incluído como gestor federal e responsável pelos não habilitados, a implantação do ressarcimento teria sido inviável. Registrou que a identificação dos casos de ressarcimento retroagiu a setembro de 1999 e, durante esse período, foram: identificados 140 mil procedimentos ressarcíveis, pré-impugnáveis, que representam 186.3 milhões de reais e pelos quais o SUS pagou 78 milhões de reais; colocados em cobrança basicamente procedimentos não impugnáveis, na ordem de 5.44 milhões de reais, dos quais já foram recebidos e

repassados 960 mil reais - 377 repassados ao SUS e os restantes 583 mil diretamente à conta das unidades gestoras. Concluiu dizendo que estes são alguns números representantivos das atividades da ANS, que constarão de um relatório detalhado, a ser distribuído quando finalizado. O Dr. Januario abriu a palavra para as considerações finais. O **Dr. José Francisco** disse ter ouvido com muita atenção a apresentação do relatório e manifestou-se mais uma vez surpreso com o não posicionamento da ANS sobre os prestadores de serviços. Concordou com a opinião do Dr. Plínio, expressada na última reunião, no sentido de que houvesse certa regulação da relação entre os prestadores e as operadoras, pois entende ser o prestador extremamente importante na cadeia de prestação de serviços aos usuários, sempre com a preocupação com a qualidade de serviço. Sugeriu que para o próximo ano fosse vista a possibilidade de criação de uma câmara técnica para analisar esta questão, inclusive, a criação de um cadastro de prestadores de serviços. O **Dr. Januario** respondeu dizendo que o que se buscou foi solucionar alguns pontos que tinham necessidade de intervenção imediata, mas que esta era também uma preocupação da Agência e solicitou ao Dr. Barroca maiores esclarecimentos. O **Dr. Barroca** explicou que já existiam algumas pesquisas que apontavam para a necessidade de padronização da relação entre operadoras e prestadores de serviço, considerando interessante a idéia de se fazer um levantamento dos prestadores de serviço, tanto pessoa jurídica quanto pessoa física, esclarecendo que a ANS deverá no próximo ano tratar fortemente das garantias assistenciais, o que perpassa por esta questão dos prestadores de serviço. Informou que em relação aos hospitais, vinha sendo feita ficha cadastral e a ANS já estava buscando maneiras de viabilizar o sistema de habilitação. O **Dr. ALARCON** reiterou sua preocupação manifestada na última reunião e consignada na ata a partir da linha 681, com a qualidade dos serviços que estão sendo prestados, registrando que este tema foi, inclusive, bastante enfatizado pelo representante do seu segmento na Câmara Técnica de Reajuste. O **Dr. Vitor** cumprimentou a ANS pelo esforço empreendido e pelo trabalho realizado durante o ano de 2000, missão esta não considerada fácil, tanto para a Agência quanto para os participantes do sistema, destacando o nível técnico, o comprometimento e a responsabilidade com que todos os profissionais da ANS se lançaram no trabalho nesta fase inicial de consolidação. Disse ser fundamental que o sistema mostre para o País que é realmente eficiente e consegue melhorar a saúde da população brasileira, para que não aconteça o que aconteceu com o sistema americano, que enfrentou questões judicias e uma luta interna muito grande entre prestadores, Governo e população. Finalizou com votos de boas festas a todos e um novo século cheio de esperanças para o País. O **Dr. Pedro Pablo**, em nome do Conselho Federal de Medicina, disse que a Câmara de Saúde Suplementar representa um grande avanço na atenção a ser prestada aos usuários, objetivo final de todos. Registrou e agradeceu a resposta dada pela ANS ao ofício entregue na última reunião em que solicitava informações sobre as operadoras, reafirmando que o CFM, por ser uma autarquia federal e ter obrigações legais, tem de fiscalizar o exercício profissional dos responsáveis técnicos, que são médicos, figura que existe desde de 1932.

Abordou a questão das seguradoras, dizendo que não seria objeto de fiscalização uma vez que apenas paga a quem prestou os serviços, porém muitas delas estariam se confundindo com planos de saúde e que, no seu entendimento, se elas credenciam ou referenciam, passam a ser uma forma de plano de saúde, deixando de ser seguradora. O **Dr. Augusto Tadeu** parabenizou também a ANS pelos avanços sociais alcançados e pela maneira como vem efetuando a regulamentação, externando a preocupação do Conselho Federal de Odontologia com referência ao responsável técnico, assunto que solicitou fosse analisado. O **Dr. Januario** consignou que as colocações finais seriam objeto de pauta. Submeteu à aprovação a proposta de calendário para 2001, esclarecendo que em fevereiro e em dezembro as reuniões não seriam na última quinta-feira do mês e que em julho não haveria reunião, proposta esta, que foi aprovada com a sugestão de que a reunião de fevereiro fosse propositiva. Finalizando, em nome da Diretoria Colegiada, reiterou os agradecimentos à FIOCRUZ pela cessão de suas instalações e aos representantes das entidades com assento na Câmara de Saúde Suplementar, louvando suas ativas participações, bem como o grande esforço empreendido no processo de regulamentação do mercado e implantação da ANS. Encerrou a reunião desejando a todos um final de ano repleto de saúde e um grande milênio.

Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

Conselho Federal de Medicina

Conselho Federal de Odontologia

Federação Brasileira de Hospitais

Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

Confederação Nacional da Indústria

Confederação Nacional do Comércio

Defesa do Consumidor- PROCON

Autogestão

Medicina de Grupo

Cooperativas de Serviços Médicos

Cooperativas de Serviços Odontológicos

Empresas de Odontologia de Grupo