



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

1 Às dez horas do dia quinze de fevereiro de dois mil e um, na sede da Organização Pan-
2 Americana de Saúde – OPAS, situada no Setor de Embaixadas Norte, Lote 19, Sala 11,
3 nesta cidade de Brasília, foi realizada a **décima sexta** reunião da Câmara de Saúde
4 Suplementar, criada pela Lei 9656, de 13 de junho de 1998, órgão integrante da ANS, de
5 caráter permanente e consultivo, nos termos do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13,
6 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A reunião foi presidida pelo Sr. Diretor-
7 Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dr. **Januario Montone** e contou
8 com a participação de seus diretores: Dr. **João Luís Barroca de Andréa**, Diretor de
9 Normas e Habilitação dos Produtos; Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**, Diretora de
10 Normas e Habilitação das Operadoras e Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de
11 Fiscalização. Os membros da Câmara de Saúde Suplementar que participaram da reunião
12 foram: Dr. **Mário César Scheffer**, do Conselho Nacional de Saúde, Dra. **Regina Ribeiro**
13 **Parizi Carvalho**, do Conselho Federal de Medicina; Drs. **Augusto Tadeu Ribeiro**
14 **Santana** e **José Mário Moraes Mateus** do Conselho Federal de Odontologia; Dr. **Luis**
15 **Plínio Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais; Drs. **José Francisco**
16 **Schiavon** e **Miguel Jorge Rosa Neto**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
17 Estabelecimentos e Serviços; Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior**, da Confederação das
18 Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Dr. **Vitor Gomes Pinto**,
19 da Confederação Nacional da Indústria; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, da
20 Confederação Nacional do Comércio; Dr. **Arnaldo Gonçalves**, da Força Sindical; Dra.
21 **Lúcia Helena Magalhães Lopes da Silva**, da Fundação Procon de São Paulo,
22 representante das entidades de defesa do consumidor; Dra. **Andrea Salazar**, do IDEC,
23 representante das Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à
24 Saúde; Drs. **José Carlos Bitencourt de Andrade**, do CIEFAS, e **Roberto Cury**, da
25 ABRASPE, representantes do segmento de autogestão; Drs. **Arlindo de Almeida** e
26 **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINANGE, representantes das empresas de medicina de
27 grupo; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, representante das empresas de
28 odontologia de grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon**, da UNIODONTO,
29 representante das cooperativas de serviços odontológicos; e Dra. **Neide Regina Cousin**
30 **Barriguelli**, representante das entidades de portadores de deficiência e de patologias
31 especiais. Participaram ainda os seguintes convidados: Drs. **Pedro Fazio** e **Cesar**
32 **Augusto Dias Torres** da FENASEG; Drs. **Eleuses Viera de Paiva** e **Samir Bittar**, da
33 A.M.B.; Dr. **Celso Barbosa de Almeida**, do Ministério da Fazenda; Dr. **Nelson da Silva**
34 **Parreiras**, do Conselho Federal de Enfermagem; e Drs. **Aureliano Ribeiro Moreira**,
35 **Maria Angélica Fonseca de Mesquita** e **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada
36 representação recebeu uma pasta contendo: pauta da reunião, minuta da ata 15ª reunião,
37 documento da Câmara Técnica de Garantias Financeiras, Ofício nº14/GAB/ANS/MS de 01
38 de fevereiro de 2001, Portaria nº 185, de 01 de fevereiro de 2001 e RDC nº 54, de 13 de
39 fevereiro de 2001. Compunham a pauta da reunião os seguintes itens: leitura, discussão e
40 aprovação da ata da 15ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; avaliação dos
41 resultados dos trabalhos da Câmara Técnica de Garantias Financeiras; e relato sobre os
42 processos de decretação de liquidação extra-judicial de operadoras. O Dr. **Januario** deu
43 início à reunião, saudando e agradecendo a presença dos representantes da Câmara de



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

44 Saúde Suplementar, registrando a presença dos convidados permanentes, AMB e
45 FENASEG, e dos demais convidados. Consignou o recebimento de justificativa de ausência
46 dos representantes do Conselho Federal de Enfermagem, do CONASS e da UNIMED. Em
47 seguida, passou à discussão da Ata da 15ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, já
48 com a incorporação ao texto das alterações propostas pelos representantes da UNIMED e
49 do PROCON de São Paulo, colocando-a em votação que, após aprovada por unanimidade,
50 solicitou fosse assinada. Antes de passar aos itens da pauta, deu alguns informes
51 considerados relevantes. Disse que a ANS, buscando o aperfeiçoamento dos mecanismos
52 de comunicação com as entidades que compõem a Câmara de Saúde Suplementar,
53 adotou, a partir de fevereiro de 2001, o procedimento de enviar, por meio eletrônico, aos
54 seus representantes todas as publicações dos atos da ANS de interesse desse fórum,
55 momento em que solicitou aos presentes que, caso não estivessem recebendo tais
56 publicações, contactassem o Dr. Aureliano Moreira, Secretário-Geral da ANS. Assim,
57 informou que foi enviada a MP nº 2.097-36, publicada em 28 de janeiro de 2001, que
58 complementa a Lei nº 9.656/98, com alterações importantes decorrentes da experiência
59 acumulada pela Agência durante o período de sua implantação. A respeito dessa reedição
60 da MP, registrou que o conjunto de alterações de maior impacto refere-se ao
61 aperfeiçoamento dos mecanismos relativos aos chamados regimes especiais, processos de
62 direção fiscal e direção técnica e ao próprio processo de liquidação extrajudicial, com a
63 inserção de instrumentos necessários à ação da ANS. Esclareceu que um desses
64 instrumentos foi a criação da possibilidade de a ANS solicitar a transformação da liquidação
65 extrajudicial em liquidação judicial, quando constatadas duas situações específicas: uma,
66 quando o liquidante verificar que os ativos não são suficientes para honrar pelo menos
67 50% dos passivos; e a outra quando a operadora liquidada não tiver condições de manter
68 o processo de liquidação em andamento. Considerou que esse dispositivo aperfeiçoa a
69 legislação, mantém o poder do órgão regulador de ser o representante do processo de
70 liquidação, e que, ao mesmo tempo, não coloca a ANS numa situação de administradora
71 permanente de casos que só podem ser resolvidos pelo Judiciário. Registrou, ainda, outras
72 alterações relevantes: a primeira, a inserção mais clara de penalidades em razão do não
73 recolhimento dos valores estipulados no processo de ressarcimento ao SUS; a segunda, o
74 acréscimo de uma nova faixa de desconto em relação à taxa de saúde suplementar para
75 um conjunto de operadoras, principalmente as autogestões patrocinadas, as
76 exclusivamente odontológicas, as filantrópicas com prestação de serviço ao SUS e as
77 operadoras com até vinte mil consumidores. Em relação à taxa de saúde suplementar,
78 disse que desde a sua criação houve muita discussão a respeito do valor, mas que a
79 mesma foi instituída para garantir a operacionalidade e o funcionamento da Agência,
80 notadamente no processo de fiscalização em campo. Ressaltou que por ter sido a ANS
81 implantada em 2000, não fazia parte do orçamento da União, e, portanto, a liberação dos
82 créditos orçamentários, que dependiam de aprovação legislativa, aconteceu praticamente
83 no final do ano. Assim, ao longo de 2000 a Agência teve arrecadação da taxa e recursos
84 financeiros à sua disposição, mas não podia utilizá-los por falta de previsão orçamentária.
85 Disse que, o fato dessa arrecadação ser da Agência e não do Tesouro, aliado ao superávit
86 que a ANS teve de 2000 para 2001, permitiu fazer um ajuste no valor da taxa e propor a



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

87 criação de mais uma faixa de desconto, ressaltando que isso foi importante porque
88 demonstra um modelo novo de atuação na competência de órgão regulador. Informou
89 ainda, que a ANS decidiu, devido à importância do tema, submeter à consulta pública, pelo
90 prazo de sessenta dias, a Resolução nº 41 que limita os procedimentos a serem
91 considerados de alta complexidade para efeito de cobertura parcial temporária. Quanto à
92 Câmara Técnica de Garantias, que contou com a colaboração e a participação de
93 representantes das entidades da Câmara de Saúde Suplementar e de técnicos da ANS,
94 disse que houve um grande investimento na organização dos trabalhos da mesma, por ser
95 o assunto considerado da maior importância e competência técnica. Salientou que a
96 prioridade naquele momento era o encaminhamento da Câmara Técnica de Reajuste, cujos
97 trabalhos estariam sendo reabertos, lembrando que a mesma foi programada para atender
98 a dois momentos: apresentação e discussão das primeiras propostas de todos os
99 segmentos para avaliação da Agência, e a discussão de uma política de reajuste para este
100 ano. Finalizando essa parte da reunião, recomendou aos representantes das entidades
101 presentes que remetessem à ANS um pró-memória de suas manifestações na naquela
102 reunião, a fim manter um registro sistemático das propostas para avaliação. Em seguida,
103 passou a palavra ao **Dr. Barroca** que reafirmou que dada a complexidade do rol de
104 procedimentos e da questão de reajuste, bem como o propósito da Agência de buscar o
105 amadurecimento de suas posições, a retomada das discussões desses assuntos, com a
106 colaboração de todos, era fundamental para a adequação da regulamentação. Após, o **Dr.**
107 **Januario** abriu a palavra aos presentes. O **Dr. Mário Scheffer** disse que lhe chamou a
108 atenção a expressão “ ... dos contratos firmados, a qualquer tempo ...”, contida no
109 dispositivo da MP que altera o artigo 25 da Lei 9656/98, questionando se isso significa que
110 a Agência passa a fiscalizar também os contratos anteriores a janeiro de 1999. O **Dr.**
111 **Januario** respondeu ao Dr. Mário Scheffer que ainda era necessário pacificar esse
112 entendimento, porque a ação da Agência recai sobre todo o setor regulado, respeitadas as
113 características de cada caso, e que estava sendo providenciada uma súmula onde a ANS
114 fixa a aplicabilidade do referido dispositivo, deixando clara a ação de fiscalização e
115 regulação da Agência sobre os contratos fixados a qualquer tempo. Sobre o segundo item
116 da pauta, Câmara Técnica de Garantias Financeiras, registrou que a fixação das garantias
117 foi um trabalho importante, pois esse é um pilar do processo de regulação absolutamente
118 necessário para outros atos de regulação da Agência, considerado como uma segunda
119 etapa do avanço relativo ao próprio plano de contas, que foi debatido e implantado com
120 grande sucesso. Ressaltou que o trabalho passava a ser formalmente apresentado naquela
121 reunião, e que, por isso, não era esperada qualquer manifestação definitiva sobre ele. Em
122 razão do exposto e da consulta pública a que a matéria estava sendo submetida, propôs
123 que o tema retornasse à pauta da próxima reunião da Câmara de Saúde Suplementar,
124 para que todos pudessem se manifestar a respeito. Passou, então, a palavra à Dra.
125 Solange Beatriz para explanar sobre o assunto. A **Dra. Solange Beatriz** iniciou
126 esclarecendo o que compreende os regimes especiais a que as operadoras se submetem.
127 Disse que várias empresas pediram à ANS que nelas interviesse com o regime de direção
128 fiscal, pois entendiam que a ANS substituiria os administradores ou que esse regime de
129 intervenção fosse semelhante ao do Banco Central, onde existe aporte de recursos. Por



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

essa distorção de entendimento, esclareceu que o regime de direção fiscal não substitui a administração da empresa, sendo simplesmente um tipo de fiscalização mais direta dentro da própria empresa, onde o Diretor Fiscal age com competência para promover sugestões e recomendações, sem poder impor qualquer atitude, acompanhando o desenvolvimento da gestão da empresa e apontando medidas que sejam positivas e necessárias à mesma, porém a não aceitação de uma de suas recomendações que implique na continuidade ou no agravamento das anormalidades, não poderia ser passível de punição. Prosseguiu dizendo que, a direção fiscal é simplesmente uma fiscalização dentro da empresa, adotada normalmente como o primeiro procedimento de uma ação mais direta da Agência sobre a operadora. O regime de direção fiscal também, por lei, determina a indisponibilidade de bens dos administradores, mandamento legal que é executado pela Agência, comunicando aos órgãos e aos seus corretores, a situação em que a empresa se encontra. Já no regime de liquidação extrajudicial, que sofreu alteração na última reedição da medida provisória, explicou que esse regime representa a extinção de empresas, através de um ato da Agência, pois, nesse caso, essas estão submetidas a uma regulação do Estado. Citou a situação de empresas que por não terem mais carteira, alegavam que não poderiam ser liquidadas, mas como elas tinham débito junto a terceiros, a Agência precisava regular todos os relacionamentos dessa operadora. Por isso, foi introduzida na última reedição da MP a possibilidade de a ANS pedir a liquidação judicial da empresa que não tiver ativos suficientes ou liquidez para honrar as despesas da massa liquidanda. No momento em que se suspende a liquidação extrajudicial e é requerida a liquidação judicial, termina a ação da Agência no processo de intervenção, transferindo para o judiciário a responsabilidade da liquidação. Lembrou que duas empresas se encontravam em regime de liquidação extrajudicial: a Unicor, em São Paulo, que já estava sem carteira, com inúmeros débitos junto a prestadores, e, que até aquele momento, já haviam sido localizadas oitocentas ações no Judiciário; e a Adress, no Rio de Janeiro, que tinha uma carteira ainda viva com cerca de setecentas pessoas e aproximadamente quinhentos contratos. Informou que a Agência interferiu no mercado do Rio de Janeiro para que alguma empresa atendesse seus consumidores, não absorvendo sua carteira, não se configurando uma sucessão de carteiras. Nessas duas liquidações citadas, considerou haver grande possibilidade de, em curtíssimo prazo, haver um encaminhamento ao Judiciário, pois havia sinais de falta de recursos para manter as despesas da massa liquidanda. Disse que a UNIMED de São Paulo estava sob regime de direção fiscal, e que as sugestões feitas pelo Diretor Fiscal de medidas a serem adotadas pela Cooperativa foram apreciadas pela Diretoria Colegiada da ANS e estavam sendo encaminhadas à operadora para serem implementadas. Ainda com relação à UNIMED de São Paulo, a **Dra. Maria Stella** acrescentou que essa estava também subordinada à direção técnica, que é o acompanhamento no que diz respeito à carteira e à questão assistencial, e que o relatório do Diretor Técnico estava sendo finalizado para ser submetido à apreciação da Diretoria Colegiada da Agência. A **Dra. Solange Beatriz** então iniciou a exposição sobre o trabalho da Câmara Técnica de Garantias Financeiras, dizendo que sua base legal foi a exigência de constituição de garantias financeiras por parte das operadoras, expressa na Lei nº 9.656/98, assim como na Resolução nº 30 da ANS, cujo resultado de sua aplicação



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

implicará numa maior profissionalização do mercado, com regras efetivas de regulação a serem atendidas. Enfatizou que o mercado vinha operando sem regras econômico-financeiras e de garantias, significando total instabilidade para empresários, consumidores e prestadores de serviço, e que, em meados do ano 2000, a Agência solicitou informações econômico-financeiras a aproximadamente 280 operadoras, de pequeno, médio e grande portes, de todos os segmentos e regiões do País, para ter uma base de dados que pudesse subsidiar o trabalho, inclusive para constituição das condições de garantia, cuja conclusão culminou na preparação de conceitos e parâmetros para essa regulamentação, o que constituiu o primeiro documento apresentado à Câmara Técnica como base de discussão. Relembrou que o objetivo da Câmara de Garantias, assim como o das demais Câmaras instaladas pela ANS, foi o de discutir com o mercado e ter a sua experiência, a fim de saber o que se poderia ter como regras exequíveis. Explicou que para fixação do critério de avaliação e acompanhamento buscou-se desenvolver um modelo simples, principalmente nos quesitos das exigências, pelo fato da própria inexperiência das empresas em trabalhar dentro de critérios, reafirmando que o modelo concebido embrionariamente pela SUSEP havia sido abortado, o que poderia ser constatado através da conclusão desse trabalho. Com relação ao nível de exigência proposto, disse que estava abaixo de níveis internacionais porém, seria necessário considerar que foi constatada a descapitalização desse mercado, e, num setor descapitalizado, com o padrão em que se encontrava naquele momento, não haveria condições de se estabelecer regras mais rigorosas. Sobre a questão, continuou dizendo que as variáveis propostas pela Agência foram: capital mínimo, para as empresas que têm fins lucrativos; provisão para operação, para as sem fins lucrativos; provisão de risco e o índice de giro de operação-IGO; e que as demais provisões que as empresas quisessem fazer deveriam constar de notas técnicas atuariais. Salientou que os estudos finalizados pela Agência a partir das informações solicitadas subsidiaram a constituição dos valores que se apresentavam no anexo à resolução como os fatores K,W e Y, sendo que cada fator serve a uma dessas provisões. Explicou que a provisão de risco teve o intuito de reter parte das receitas das contraprestações pecuniárias para o pagamento das despesas médico-hospitalares que poderão ocorrer ou cobrir riscos oriundos de má precificação ou de prática de política predatória de preços. A provisão deverá ser constituída pela operadora para, a qualquer tempo, solver os seus compromissos futuros, que o capital mínimo tem o intuito de capacitar a operadora em início de operação ou nos casos em que a carteira não estiver suficientemente diversificada. O Capital Mínimo para empresas ou entidades com fins lucrativos ou a Provisão para Operação para entidades sem fins lucrativos, objetiva adequar o valor atribuído às Operadoras para constituir o Capital Mínimo, que inicia em R\$ 3.100.000,00, em função do segmento e da área geográfica ou região de atuação que operam, minimizando-se essa exigência em função das peculiaridades de cada empresa e de cada segmento. O fator Y serve para ponderar os eventos indenizáveis líquidos, tendo como objetivo quantificar as oscilações de risco resultantes de má precificação ou de prática de política predatória de preços. O fator W tem o intuito de ponderar a relação entre a liquidez e a estrutura de custo de cada operadora. O Índice de Giro de Operação – IGO, que será exigido somente a partir do meio desse ano, tem o intuito de avaliar a



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

capacidade de pagamento das obrigações de curto prazo da operadora, levando em conta os bens e direitos de igual prazo e a estrutura de custos aferida diretamente. Esclareceu, ainda, que o capital mínimo e a provisão de risco, somente entrarão em vigor a partir do ano que vem, ou seja, um ano após a vigência da norma. Ao término do primeiro ano, deverão ser constituídos pelo menos 15% (quinze por cento) dessas exigências e, nos últimos dois anos, 20% (vinte por cento). Lembrou que o período proposto inicialmente havia sido de cinco anos, mas, por consenso da Câmara, foi dilatado para seis anos. Com referência à segmentação, foram estabelecidos dezoito níveis para capital mínimo ou provisão para operação e dezessete níveis para provisão de risco e IGO. No caso do capital, entraram nessa situação as administradoras. Já a região de atuação contemplou seis níveis, atendendo à demanda do mercado no sentido de alcançar aquelas que estavam em um único município, esclarecendo que a proposta inicial havia sido de cinco níveis e foi estendida para seis níveis de atuação, trabalhando com áreas geográficas em nível nacional, com grupos de Estados, com grupos de Municípios e com um Município apenas. Reafirmou que não teria sentido se fazer exigências que o mercado não pudesse cumprir e que tinha certeza de que, como tinham sido concluídos os estudos, a partir daquele momento o mercado estava sofrendo uma reconfiguração. Acrescentou que existem alguns outros tópicos que foram alcançados por esta regulamentação. Não se exige das Autogestões Patrocinadas nem das seguradoras nenhuma regra de garantia, porque as primeiras, em razão de terem patrocinador, já têm alguém que garanta esses contratos e as seguradoras têm regulamento próprio e já constituem reservas, garantias até em padrão superior ao estabelecido para as operadoras de planos de saúde. As operadoras registradas começam efetivamente a constituir reservas a partir de 2002, num período de seis anos, informando que foi aprovado também, como um estímulo à rede própria, que fosse encaminhada ao Conselho Monetário Nacional, que regula os ativos garantidores, reivindicação no sentido de que possam ser admitidos como ativos garantidores, 90% (noventa por cento) dos investimentos permanentes em rede hospitalar própria e 30% (trinta por cento) em imóveis que não representem rede hospitalar própria da Operadora. Concluindo sua explanação, disse ser esse o resultado da Câmara Técnica e que o mesmo seria submetido a consulta pública durante sessenta dias, cujas sugestões seriam analisadas posteriormente pela Diretoria Colegiada da ANS, e que, a minuta de resolução distribuída, acompanhada do anexo com as tabelas A, B e C, onde estavam a provisão de risco, a exigência de capital e o índice de giro de operação, ainda estava sofrendo uma revisão de ortografia e de forma. Registrou que esse era o trabalho sobre o qual se procurou deliberar por consenso nas seis reuniões da Câmara Técnica, onde foram acolhidas e debatidas todas as propostas, e que o resultado expresso na minuta tinha sido obtido por unanimidade. Agradeceu aos integrantes da Câmara, ressaltando a postura absolutamente positiva, amistosa e muito profissional de todos, cujo trabalho resultou num enriquecimento para ANS. O **Dr. José Francisco** manifestou sua preocupação quanto à exclusão das Autogestões Patrocinadas na resolução de Garantias Financeiras, registrando, em nome da entidade que representa, a posição de insatisfação pela exclusão das mesmas sem a existência de normas que assegure o pagamento dos serviços efetivamente prestados. Sugeriu que o art. 1º da Resolução fosse mais amplo, definindo que a



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

segurança estivesse contida nos atos societários das empresas que patrocinam as Autogestões em questão, acrescentando que sua reivindicação estaria atendida se constar das normas do registro definitivo. A **Dra. Solange Beatriz** respondendo, disse que o assunto foi tratado na Câmara Técnica e que esse seria retomado quando do estabelecimento das regras de registro definitivo, que é uma regulamentação mais extensa no que diz respeito à participação do patrocinador e que na regulamentação dos atos societários se faria a previsão. Relembrou que as regras sobre o registro definitivo das operadoras seriam o primeiro passo depois de estabelecidas e aprovadas as regras de garantias. O **Dr. José Carlos** solicitou o registro do protesto do segmento das autogestões em relação à norma de Garantias Financeiras, ressalvado o respeito ao trabalho da ANS e aos seus Diretores. Disse que a referida norma é inconsistente porque imputa às Autogestoras as obrigações de demonstrar viabilidade econômico-financeira e de especificar a área geográfica coberta por seus planos, consideradas por ele, claramente dispensadas no parágrafo único do art. 8º da Lei 9656/98 e não respeitado pela norma, além de atingir o aspecto político ao desprezar compromissos assumidos por ocasião do processo de aprovação da lei desde a sua gênese. Reafirmou que, como era do conhecimento dos atores presentes naquele fórum, para que a Autogestão pudesse estar na lei lhe foram atribuídas determinadas vantagens, dentre elas os dois pontos colocados na norma de garantias. Concluiu, dizendo que a referida norma atinge aos seguintes aspectos: cognitivo; regulamentar, ao usar o art. 35-A para dar poderes ao CONSU, a fim de confrontar a própria lei que o institui e rege; temporal, ao somente se atribuir tais prerrogativas ao CONSU, trinta meses após a aprovação da lei, na edição da MP 1976-30, quando foi inserido o inciso IV do art. 35-A; e o do bom senso, ao não respeitar as peculiaridades previstas em lei e não refletir sobre o fato de que no segmento de autogestão não existe autogestora sem plano e não existe plano sem operadora. A **Dra. Solange Beatriz** disse ao Dr. José Carlos, que se a sua exposição dizia respeito à interpretação legal, o recurso seria a via judicial. Que a lei foi aplicada segundo o entendimento da ANS e que a motivação dessa interpretação do texto legal teve por trás todo o conceito de garantia, que se traduz no resultado do debate da Câmara Técnica, objetivando assegurar aos consumidores e prestadores o cumprimento do que foi efetivamente contratado. Salientou que o mercado tem de ter regras, condições palpáveis de segurança e não mera carta de intenções, e que a interpretação da lei é a seguinte: quando há um patrocinador, este é a garantia que substitui os ativos que atendem às provisões por parte das autogestões patrocinadas e, quanto a não patrocinada, era preciso estabelecer regras de garantias ao sistema, tanto para consumidores e prestadores como para as próprias operadoras. O **Dr. Januario**, complementando o que disse a Dra. Solange, ressaltou que este era o início do debate da proposta e que, infelizmente, o segmento da Autogestão tomou a decisão de não participar dos trabalhos da Câmara Técnica, o que não significava permanecer fora do processo de discussão, como estava fazendo, que a proposta estava feita e representava realmente o entendimento geral da Agência. Destacou que o ganho evidente de todo esse processo que se estava vivendo era exatamente a capacidade de acompanhar a própria movimentação da realidade do setor de saúde suplementar, a partir do marco legal estabelecido e do executor, que é a



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

Agência Nacional de Saúde Suplementar em todas as suas instâncias, enfatizando que figuras como a Autogestão não patrocinada e a multipatrocinada eram novas do ponto de vista da regulação. Reafirmou a posição da ANS de considerar as autogestões como parceiras estratégicas no processo de regulação, exatamente pelas suas características de grandes operadoras de autogestão patrocinada e, na sua maioria, por gestões públicas. A seguir, concedeu a palavra ao Dr. Arlindo. O **Dr. Arlindo** questionou quanto à possibilidade da proposta que estava sendo apresentada não ser publicada proximamente, tendo em vista que a mesma seria novamente apreciada pela Câmara de Saúde Suplementar e submetida a uma consulta pública. Colocou uma dúvida em relação ao art. 4º, parágrafo 2º que, na sua opinião, representava uma discriminação em relação as empresas com fins lucrativos, cuja observação seria formalizada posteriormente. A questão que considerou mais importante para o seu segmento é a que consta do inciso I do art. 7º, que diz que a partir de 1º de julho de 2001 o valor do IGO deverá ser maior ou igual a um. Argumentou que as empresas, após a regulamentação, sofreram um impacto em seus custos, com o aumento de impostos, de obrigações, inclusive com a tentativa de se estenderem os contratos antigos, o que motivou até ação judicial, e que as empresas, por conta disso e da situação econômico-financeira do País, encontravam-se em grande dificuldade. Assim, disse que a exigência feita naquele inciso significava que todas as empresas deveriam estar no mesmo patamar a partir de 1º de julho, sendo que algumas delas não teriam condições de atendê-la e, ainda, desconhecendo que tipo de sanção poderiam sofrer, reafirmando que o prazo não era condizente com a realidade das operadoras. O **Dr. Januario** esclareceu que somente depois de concluída a consulta pública, que estaria sendo formalizada no Diário Oficial daquele dia, e do debate na próxima reunião dessa Câmara é que a Direção Colegiada da Agência editaria a respectiva resolução. A **Dra. Solange Beatriz** disse, que se pretende alcançar um patamar, pois o IGO é a forma de auferir a capacidade da empresa de honrar suas obrigações de curto prazo. Concordou que o setor está descapitalizado e que a grande maioria das empresas tem seu passivo a descoberto, mas que a ANS não poderia aceitar que elas não tivessem capacidade sequer de pagar suas obrigações de curtíssimo prazo, e que a exigência é de que se faça três meses depois de publicada a regra. Reafirmou a atitude da ANS de atender a todas as demandas de esclarecimentos técnicos sobre plano de contas, constituição de garantias, forma de movimentar as carteiras, de conseguir uma racionalização da sua estrutura de custo, o que justifica esse patamar de exigência de garantias, que considerou bastante flexível. Colocou que o órgão regulador não está sendo açodado no cumprimento da norma, ao contrário, tem sofrido críticas pela forma condescendente como está tratando o tema das garantias. Explicou que garantia flexibilizada é uma forma que foi encontrada para ir desenvolvendo um tratamento profissional ao mercado, mas que não tinha dúvidas de que a partir da edição da norma e do início do cumprimento dessas exigências o mercado teria dado um pulo significativo, mostrando que mudou de patamar, tornando-se profissional. **Dr. Cesar Augusto** perguntou se seriam exigidas das operadoras não-seguradoras a constituição de todas as provisões previstas no plano de contas. Disse que, no seu entendimento, seria indispensável para a segurança dos consumidores exigir-se, desde já, das atuais



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

operadoras não-seguradoras a constituição da Provisão de Sinistros a Liquidar, para fazer face a exigibilidades reais da operadora, ou seja, eventos médico-hospitalares avisados que devem ser pagos em curto prazo. Acrescentou que não fazia sentido, do ponto de vista técnico, tornar obrigatória somente a provisão de IBNR, destinada a cobrir responsabilidades de sinistros existentes mas ainda não conhecidos pela operadora, e deixar de exigir a Provisão de Sinistros a Liquidar, menos sofisticada e mais necessária. Por outro lado, disse que a FENASEG entendeu a posição da ANS de não exigir de imediato para as operadoras existentes a constituição de todas as garantias, mas que discordava da posição de não obrigá-las, de imediato, à formação das provisões técnicas e, após o decurso de um prazo, à constituição de todas as garantias tecnicamente exigíveis. No caso das operadoras que vierem a funcionar após a expedição das regras, argumentou que não haveria qualquer justificativa para delas não se exigir, imediatamente, o cumprimento de todos os requisitos técnicos adequados relativos à solvência e liquidez, tais como margem de solvência, capital mínimo, provisões técnicas, etc. A **Dra. Solange Beatriz** respondeu que quanto às novas operadoras, disse não estar errada a exigência, pois se as mesmas já entrarem atendendo integralmente a regra proposta seria um sucesso, porque até aquele momento não tinha havido demonstração de interesse externo pelo mercado brasileiro e que era desejável oxigenar o setor. Ressaltou que considerava, comparando com a situação atual, um excelente resultado se ao término dos próximos seis anos todo o mercado já estivesse adequado à norma. O **Dr. Carlos Roberto** elogiou o trabalho da Câmara Técnica de Garantias, principalmente do ponto de vista da qualidade técnica e da metodologia aplicada. Disse ser favorável à proposta no que se refere à dívida de curto prazo, mas, concordando com o disse o Dr. Arlindo, considerou o prazo estabelecido no inciso I do art. 7º bastante apertado, porque haviam algumas pendências a serem resolvidas. Quanto ao rol de procedimentos, reiterou sua manifestação, feita na última reunião, dizendo que o segmento que representa concordava com todo o rol de procedimentos de odontologia apresentado, mas que fazia uma ressalva quanto à questão da odontologia estética, no que diz respeito à restauração de resina em dentes posteriores. Reafirmou que se fosse dada à população a possibilidade de trocar as restaurações de amálgama feitas corretamente por de resina em dentes posteriores com objetivos estéticos, o impacto de custo seria muito grande e esse era procedimento que nenhum plano no País cobria, reiterando a necessidade de revolver essa pendência pela Câmara Técnica de Procedimentos, assim como a questão da recorrência, ou seja a possibilidade de se refazer as restaurações a qualquer momento. Em relação à taxa de saúde suplementar, consignou que o ajuste feito não atende ao setor, porque requisitos como o atendimento ao SUS a Odontologia quase não tem, e que a sugestão do setor era de a taxa dos planos odontológicos fosse de no máximo 20% do valor determinado para os planos de saúde com as mesmas características e abrangência dos odontológicos, levando-se em conta a região. Disse que, além disto o valor *per capita* de um plano odontológico não excede 20% do *per capita* de um plano de saúde. O **Dr. Alarcon** referendou as colocações do Dr. Carlos Roberto, as quais haviam sido feitas também pelo mesmo, ressaltando a necessidade urgente da retomada da discussão de assuntos especificamente relacionados com odontologia, porque já ficou claro que se precisa de soluções



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

rapidamente, reafirmando, como uma das questões a serem resolvidas, o problema das substituições das restaurações de amálgamas pelas de resina. Com relação à taxa de 30%, consignou que, para melhor atender às cooperativas de serviços odontológicas, a taxa deveria ser de no máximo 20% do que se cobra dos planos de assistência à saúde. O **Dr. Onécio** disse que a entidade que representa participou da Câmara Técnica, cujo resultado considerou muito bom, sendo que a única questão que reafirmou e exposta na referida Câmara, diz respeito à data em que o IGO deveria ser igual ou superior a 1. Considerou interessante a proposição de que o índice fosse aferido a partir de 1º de julho, mas a exigência de se atingir a unidade deveria ser para o início de 2002, talvez ao final do primeiro trimestre, o que atenderia perfeitamente às necessidades de suas instituições. O **Dr. Luís Plínio** colocou como questão de ordem, se seria adequado manter como item de pauta da próxima reunião da Câmara de Saúde Suplementar a questão de Garantias, vez que o resultado da consulta pública sobre o tema não estaria concluído. O **Dr. Januario** argumentou ao Dr. Luis Plínio que a consulta pública certamente trará grandes subsídios à matéria, mas, até pela natureza da mesma, o fórum de aprofundamento tem de ser a Câmara de Saúde Suplementar e a Câmara Técnica, e que, dependendo do volume de sugestões e de suas características, independente do término da consulta pública, seria prudente manter o tema para que se definisse a necessidade ou não de uma nova discussão do mesmo para que a Agência possa editar a norma. Encerrada a pauta, agradeceu, em nome da Diretoria Colegiada da ANS, à OPAS, na pessoa do seu Presidente, pela concessão de suas instalações para a realização da 16ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, desculpando-se pela indelicadeza de não tê-lo feito na abertura dos trabalhos. Confirmando que na 17ª reunião, entre outros itens, se debateria a proposta da Câmara Técnica de Garantias. Finalmente, agradeceu à participação de todos, dizendo que os trabalhos que estavam sendo desenvolvidos eram muito penosos por serem regulamentações de grande impacto, exigindo muito de todos. Por isso, solicitou que se continue caminhando coletivamente e o mais rapidamente possível, para que se atinja o objetivo geral da regulamentação e se comesse novos processos.

Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Conselho Nacional de Saúde

Conselho Federal de Medicina

Conselho Federal de Odontologia



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 15.02.2001

431 Federação Brasileira de Hospitais
432
433
434 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
435
436
437 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
438
439
440 Confederação Nacional da Indústria
441
442
443 Confederação Nacional do Comércio
444
445
446 Força Sindical
447
448
449 Entidade de Defesa do Consumidor- PROCON/SP
450
451
452 Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - IDEC
453
454
455 Autogestão
456
457
458 Medicina de Grupo
459
460
461 Empresas de Odontologia de Grupo
462
463
464 Cooperativas de Serviços Odontológicos
465
466
467 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais