



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

1 Às dez horas do dia três de maio de dois mil e um, no San Marco Hotel, situado no Setor
2 Hoteleiro Sul - Quadra 05- Bloco C, nesta cidade de Brasília, foi realizada a **décima**
3 **sétima** reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9656, de 13 de junho
4 de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo, nos termos do
5 parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A
6 reunião foi aberta pelo Diretor-Presidente Substituto da ANS, Dr. **João Luis Barroca de**
7 **Andréa**, e presidida pelo Sr. Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde
8 Suplementar, Dr. **Januario Montone**. Os membros da Câmara de Saúde Suplementar
9 que participaram da reunião foram: Dra. **Cibele G. Melo Osório**, do Ministério do
10 Trabalho e Emprego; Dr. **Paulo Henrique Ferreira Melo**, do Ministério da Saúde; Dr.
11 **Mário César Scheffer**, do Conselho Nacional de Saúde; Drs. **Regina Ribeiro Parizi**
12 **Carvalho** e **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do Conselho Federal de Medicina; Dr.
13 **José Mário Moraes Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia; Dr. **Luis Plínio**
14 **Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais; Dr. **Miguel Jorge Rosa**
15 **Neto**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Dr.
16 **José Luiz Spigolon**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e
17 Entidades Filantrópicas; Dr. **Vitor Gomes Pinto**, da Confederação Nacional da
18 Indústria; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, da Confederação Nacional do Comércio;
19 Dr. **Arnaldo Gonçalves**, da Força Sindical; Dra. **Lúcia Helena Magalhães Lopes da**
20 **Silva**, da Fundação Procon de São Paulo, representante das entidades de defesa do
21 consumidor; Dr. **Roberto Cury**, da ABRASPE, representante do segmento de
22 autogestão; Drs. **Arlindo de Almeida** e **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINANGE,
23 representantes das empresas de medicina de grupo; Drs. **Celso Corrêa de Barros** e
24 **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, representantes das Cooperativas de Serviços Médicos;
25 Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, representante das empresas de odontologia
26 de grupo; Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, representante das Cooperativas de
27 Serviços Odontológicos; e, Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli**, representante das
28 entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais. Participaram ainda os
29 seguintes convidados: Drs. **Pedro Fazio** e **Heráclito Brito Gomes Júnior**, da
30 FENASEG; Dr. **Samir Bittar**, da A.M.B.; Dr. **Celso Barbosa de Almeida**, do Ministério
31 da Fazenda; Dr. **Amarildo Baesso**, do Ministério da Justiça; Dr. **José Antônio Diniz**
32 **de Oliveira**, da CASSI, segmento de autogestão; e, Drs. **Ricardo Nohra**, **Flávio**
33 **Alcoforado**, **Aureliano Ribeiro Moreira**, **Marcus Cunha de Gusmão**, **Maurício**
34 **Lopes** e **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada representação recebeu uma pasta
35 contendo: pauta da reunião; minuta da Ata da 16ª reunião; minuta das RDC's de Rol de
36 Procedimentos, de Cobertura Parcial Temporária e de Garantias Financeiras.
37 Compunham a pauta da reunião os seguintes itens: leitura, discussão, deliberação e
38 assinatura da Ata da 16ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; balanço dos
39 trabalhos acerca das questões: Política de Reajuste, Cobertura Parcial Temporária/
40 RDC's 41 e 42, e Consulta Pública sobre Garantias Financeiras. O **Dr. Barroca**, dando
41 início à reunião, saudou e agradeceu a presença dos representantes da Câmara de
42 Saúde Suplementar, registrando a presença dos convidados permanentes, AMB e
43 FENASEG, bem como dos demais convidados, destacando a presença do novo
44 representante da UNIMED e do CIEFAS. Em seguida, colocou em discussão a Ata da 16ª
45 reunião da Câmara de Saúde Suplementar, informando que as alterações previamente
46 propostas pelos representantes do SINOG e da UNIODONTO já haviam sido
47 incorporadas ao texto da mesma, passando a direção dos trabalhos ao Diretor-
48 Presidente. O **Dr. Januario** colocou a referida ata em votação que, após aprovada por



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

49 unanimidade, solicitou que fosse assinada. A seguir, registrou a presença do
50 representante da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e, em nome
51 da Diretoria Colegiada da Agência, desculpou-se pelo adiamento da realização da 17ª
52 CSS, explicando que havia necessidade de postergá-la para que fosse possível
53 apresentar o trabalho completo dos dois principais pontos da pauta: a política de
54 reajuste e a revisão do rol de procedimentos de alta complexidade para efeito de
55 cobertura parcial temporária, que encontravam-se em fase final de elaboração. Propôs a
56 inversão da pauta, sugerindo iniciar pelo item Garantias Financeiras. Tendo sido acatada
57 a sugestão, lembrou que a Agência instalou uma Câmara Técnica sobre a matéria
58 que, após longo processo de discussão, elaborou uma proposta com base nas
59 colaborações técnicas recebidas, a qual mereceu o consenso de todas as entidades
60 participantes e foi submetida à apreciação desta Câmara e à Consulta Pública. Explicou
61 que, a partir dessa consulta, as sugestões recebidas foram analisadas e solicitou ao Dr.
62 Ricardo Nohra, Diretor-Adjunto da DIOPE, que fizesse a exposição do conjunto das
63 sugestões acatadas, informando que as novas propostas de alteração seriam ouvidas e
64 posteriormente avaliadas pela Agência. O **Dr. Ricardo** iniciou a sua participação
65 dizendo que na Consulta Pública foram recebidas 84 sugestões, das quais a grande
66 maioria expressava um entendimento errôneo, mas já elucidado, sobre a questão de
67 segmentação, e que as sugestões, consideradas tecnicamente pertinentes, já estavam
68 agregadas ao texto apresentado. Informou que um dos pleitos relacionados à forma, já
69 estava contemplado no art. 5º onde, por sugestão do próprio mercado, houve uma
70 ampliação da redação para seu melhor entendimento. Outro pleito relacionado com a
71 forma dizia respeito à definição das conceituações de diversas nomenclaturas
72 apresentadas nas normas de garantias financeiras, como contraprestações líquidas,
73 eventos indenizáveis líquidos, etc., contida do parágrafo único do art. 2º da minuta.
74 Nesse caso, a proposta era no sentido de que a ANS trouxesse para a Resolução essas
75 definições, mas como teria de ser feito um glossário de cada item, optou-se por
76 mencionar a RDC nº 38 que contém tais definições. Quanto às mudanças introduzidas
77 disse que tinham três conceitos sendo o primeiro referente às regras de patrocínio para
78 as autogestões patrocinadas, cuja sugestão era de que se fizesse uma adição explícita
79 no respectivo dispositivo, porém como o assunto já havia sido debatido e consensuado na
80 Câmara Técnica, apenas tornou mais claro o normativo, constando do parágrafo único
81 do art. 1º que as mesmas serão objeto de regulamentação da ANS, em especial a que
82 se refere às regras de patrocínio e que, quanto às seguradoras especializadas em saúde,
83 foi aprovada a RDC nº 65 da ANS, que convalidou as regras aplicadas atualmente no
84 mercado de seguros. Em relação ao art. 8º, esclareceu que os novos “entrantes” não
85 estão expostos às regras do art. 7º e, portanto, não terão período de adaptação, que
86 houve apenas um esclarecimento com a introdução do parágrafo único no referido
87 artigo, estabelecendo para os novos “entrantes” do segmento terciário a obrigatoriedade
88 de que Ativo Líquido Mínimo, seja no mínimo equivalente ao valor calculado para
89 Margem de Solvência. Finalizando, disse que como foi criado o parágrafo único,
90 estendeu-se também a essas operadoras a obrigatoriedade de apresentação de plano de
91 recuperação, no caso de não alcançarem o índice estabelecido pela norma do IGO. O
92 **Dr. Januario** salientou a importância das observações feitas, dizendo que a modificação
93 realizada era bastante razoável para as novas empresas que vão operar no mercado pois
94 passam a estar equiparadas às seguradoras especializadas em saúde, que também seria
95 enquadrada neste segmento, se adotada a mesma segmentação. Em relação à
96 afirmativa de não haver prazo de transição para novas operadoras, lembrou que os



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

97 prazos de transição estabelecidos na norma de Garantias Financeiras eram para as
98 operadoras que já estavam operando, e lembrou, ainda, que a regulamentação das
99 garantias das seguradoras especializadas em saúde e das operadoras enquadradas no
100 segmento de autogestão estavam sendo elaboradas observando as suas peculiaridades.
101 O **Dr. Arlindo** disse que o segmento que representa, assim como outras entidades,
102 havia sugerido que o IGO fosse cobrado somente a partir de 2002, a fim de que as
103 empresas tivessem um prazo maior para se adaptarem à norma, e que, da forma como
104 ficou escrito, a obrigatoriedade estava colocada. Lembrou que outra sugestão feita pelo
105 seu segmento à ANS era referente à possibilidade de estender às empresas com fins
106 lucrativos, as mesmas condições previstas no § 2º do artigo 4º, por se tratar de
107 igualdade de concorrência. O **Dr. Ricardo**, respondendo ao Dr. Arlindo, disse que o
108 prazo estabelecido para o cumprimento da regra do IGO foi proposto pelos próprios
109 integrantes da Câmara Técnica, inclusive pelo representante do segmento da Medicina
110 de Grupo. Decidiram também que as operadoras que não alcançassem o índice
111 estabelecido pela norma do IGO, na vigência prevista na Resolução, deveriam observar
112 o cumprimento da RDC nº 22, apresentando à ANS, plano de recuperação, pois foi
113 consensuado na Câmara Técnica que o mercado necessita do cumprimento desse índice
114 para garantir a continuidade e a estabilidade econômico-financeira das operadoras. Com
115 relação ao Capital Mínimo, esclareceu que é um recurso financeiro para início de
116 operação ou, no caso da carteira da operadora não ter um montante significativo, aplica-
117 se a regra de mutualismo, onde se tem um montante de capital próprio capaz de fazer
118 frente aos riscos, não cabendo nenhuma redução em termos de divisão, salvo em casos
119 específicos. O **Dr. Januario**, sobre a apuração do IGO, disse que a mesma foi baseada
120 nos dados do plano de contas padrão já implantado e que, a posição da ABRAMGE em
121 relação ao prazo ficaria registrada para análise e decisão posterior da Agência,
122 reafirmando que a proposta que estava sendo ali exposta era fruto das sugestões
123 apresentadas pelo setor e acatadas pela ANS. O **Dr. Egberto** lembrou que a
124 reivindicação do segmento odontológico, já feita na Câmara Técnica e enviada à ANS,
125 era no sentido de que ficasse melhor definido o que estava sendo considerado como
126 rede hospitalar própria, para que ficasse claro que as clínicas odontológicas próprias da
127 operadora estivessem incluídas, pois, da forma como estava disposto, o entendimento
128 era o de que somente seriam considerados hospitais ou pronto-atendimento da área
129 médica. Outra sugestão era que o conteúdo do Anexo II fosse incorporado ao parágrafo
130 único do art. 8º. O **Dr. Albucacis** reafirmou a posição de seu segmento, colocada em
131 todos os fóruns dos quais participou, no sentido de que o IGO vigorasse a partir de
132 janeiro de 2002, e que essa questão não obteve consenso na Câmara Técnica.
133 Concordou com o Dr. Egberto quanto à necessidade de esclarecer o que é rede
134 hospitalar, pois esta inclui laboratório, diagnóstico, etc. Disse que o seu segmento
135 considerava justo estender às operadoras com fins lucrativos, previstas no art. 3º, as
136 mesmas condições dadas no §2º do art. 4º, por se tratar de igualdade de concorrência,
137 e que, com o decorrer do tempo, as operadoras que não tivessem condições de operar,
138 naturalmente, saíam do mercado. O **Dr. Spigolon** se referindo à colocação do Dr.
139 Ricardo, disse que os representantes do seu segmento na Câmara Técnica concordaram
140 com a vigência das garantias, mas que, após um estudo feito posteriormente com as
141 entidades que têm planos de saúde, foi constatado que aproximadamente 70% delas
142 não poderiam atender a essa condição, razão pela qual reafirmou a reivindicação feita
143 pelo seu, segmento na última reunião da Câmara de Saúde Suplementar, da
144 necessidade desse prazo ser 1º de janeiro. O **Dr. Celso Barros**, após manifestar sua



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

145 satisfação em participar da Câmara de Saúde Suplementar, lembrou que, anteriormente
146 à criação da ANS, a SUSEP propunha exigências de reservas que, para o segmento
147 cooperativo, significavam praticamente a sua liquidação, pois a UNIMED Rio, por
148 exemplo, teria de ter 45 milhões de reservas o que dificultaria o cumprimento de tal
149 exigência, por se tratar de cooperativa e não de uma empresa de capital. Em razão
150 disso, disse ser mais viável a atual proposta de garantias, apesar ainda das dificuldades
151 que as operadoras enfrentavam para manter a qualidade da assistência. Acrescentou
152 que as operadoras estavam em processo de adaptação e, por isso, se associava à
153 solicitação de que o IGO vigorasse a partir de janeiro de 2002 para que pudessem se
154 preparar melhor, assim como em relação às garantias financeiras e às provisões de
155 risco. O **Dr. Arlindo** apresentou a terceira sugestão feita pelo seu segmento, para a
156 qual solicitou especial atenção da ANS, no sentido de que, para as garantias, não fossem
157 considerados os valores, tanto do principal como de seus acessórios e acréscimos,
158 declarados pelas operadoras que tivessem recorrido ao programa de parcelamento
159 fiscal, conhecido como REFIS. Salientou a posição do segmento com a justificativa
160 constante do documento já enviado à ANS, onde colocou que a base de cálculo para
161 recolhimento das parcelas do REFIS, no setor saúde, comprometem até 1,2% do
162 faturamento mensal das empresas. O **Dr. Spigolon** concordou com o Dr. Arlindo no que
163 se refere ao REFIS, ressaltando que, no caso das filantrópicas, o comprometimento com
164 o programa de refinanciamento chegava a 0,3% do faturamento mensal, importância
165 muito significativa para o esse setor. O **Dr. Carlos Squillaci** reiterou as sugestões
166 feitas pelo segmento que representa e não contempladas pela ANS, principalmente
167 quanto ao adiamento do prazo de vigência do IGO para janeiro de 2002 e quanto à
168 aplicação extensiva do dispositivo constante do § 2º do art. 4º a todos os tipos de
169 operadoras, baseada no princípio da isonomia de tratamento, uma vez que inexistem
170 razão técnica ou mercadológica para que a diferenciação beneficiasse apenas as
171 operadoras de planos de saúde sem fins lucrativos, incluídas nessas as cooperativas,
172 cuja operação é idêntica às das demais. O **Dr. Pedro Fazio**, destacando a importância
173 do tema, reiterou a sugestão feita pela FENASEG à ANS, confirmando o entendimento da
174 proposta de conceder prazo de adaptação para as operadoras e seguradoras, desde que
175 elas fossem obrigadas a constituir, de imediato e de forma integral, as provisões
176 técnicas previstas no plano de contas padrão. O **Dr. Januario**, quanto à questão do
177 IGO, disse que não havia qualquer dúvida em relação ao seu formato ou a sua validade,
178 e o que estava sendo questionado era o prazo a partir do qual a apuração do mesmo
179 geraria determinados efeitos, informando não caber mais aprofundamento sobre
180 matéria, que passaria a ser uma decisão da Diretoria Colegiada da Agência. Após,
181 solicitou ao Dr. Ricardo Nohra que fizesse comentários de caráter geral sobre as
182 sugestões apresentadas, porque todas ainda seriam aprofundadas pela equipe técnica
183 em posterior discussão, e, em especial, sobre a questão das operadoras que estivessem
184 no Programa de Refinanciamento dos Ativos Fiscais. O **Dr. Ricardo**, quanto ao REFIS,
185 explicou que o que estava envolvido eram princípios contábeis, como por exemplo,
186 conservadorismo e prudência, e que a preocupação do mercado não era apenas com o
187 esse tributo mas também com outros que atualmente não têm provisionamento em
188 termos do passivo das operadoras, o que efetivamente, deterioraria o patrimônio, como
189 disse o Dr. Arlindo. Afirmou que a questão do REFIS não era atuarial, não mantendo
190 qualquer relação com a constituição de Garantias Financeiras, e sim de regime de
191 competência, sendo uma exigência contábil, acrescentando que quando se tem ciência de
192 um montante devido, esse deve ser provisionado, por prudência, caso contrário se



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

estaria trabalhando no regime de caixa, contrariando as normas do Conselho Federal de Contabilidade e a definição da Câmara Técnica Contábil, que determinam o regime de competência e não o de caixa. Quanto à questão das clínicas odontológicas abordada pelo Dr. Egberto, disse que o assunto foi discutido na Câmara Técnica e que considerava a elucidação salutar. Quanto à redução de capital mínimo, disse já ter explicado as razões específicas para a necessidade de constituição, ressaltando que existe uma obrigatoriedade legal e informou que as cooperativas têm uma lei própria que define esse item, e que teria de haver uma consciência para que se inicie um provisionamento misto. O **Dr. Januario** encerrou a discussão desse tópico da pauta dizendo que, frente às recomendações de mudanças registradas, a Diretoria Colegiada continuaria reavaliando as propostas, passando, então, para o segundo item da pauta: a política de reajuste para o período 2001/2002, lembrando que o mesmo foi objeto de uma Câmara Técnica, desenvolvida nos últimos meses, e que, após um profundo debate interno, a Agência estava se posicionando em relação à política a ser adotada. Informou que não houve qualquer alteração na revisão técnica, instrumento aprovado pela ANS e já implantado, reforçando que houve efetivamente uma remodelagem sistemática da política de reajuste. Passou então a palavra para o Dr. Barroca. O **Dr. Barroca** iniciou sua explanação dizendo que a Câmara Técnica não se encerrou naquele momento, porque não houve uma proposta para 2002; houve sim, um mapa de consenso e dissenso, mostrando que as discordâncias iam desde os aspectos conceituais até os aspectos práticos. Fez um breve retrospecto dos trabalhos da Câmara Técnica onde foi realizada uma série de cinco reuniões, e que durante as três primeiras foi feita a coleta de sugestões, ponderações e críticas dos vários segmentos e, ao final, houve um posicionamento da Diretoria Colegiada sobre as propostas apresentadas. Registrou que entre os itens de consenso estavam: os índices de inflação que não refletiam a avaliação do custo da saúde suplementar; a existência de três grupos distintos de planos - o individual e familiar, o chamado coletivo sem patrocinador e o chamado coletivo com patrocinador; as informações demandadas deviam contemplar a heterogeneidade do mercado operador; divisão das informações das operadoras em médico-hospitalares e em menores ou maiores de 100 mil usuários, visando o fornecimento diferenciado das informações. Passou a registrar os itens aprovados por maioria: vinculação do reajuste do grupo de contrato individual e familiar ao dos coletivos; o índice médio ser a variação do coletivo com patrocinador; o índice máximo ser a variação dos coletivos sem patrocinador; o corte em relação à solicitação de informações fosse de 20 mil usuários para as operadoras odontológicas; a questão da mobilidade do consumidor de planos individuais; a existência de um produto referência padrão- tipo enfermaria sem luxo, com controle de preços apenas neste produto para uma nova sistemática. Explicou que os princípios que nortearam a mecânica de reajuste foram: a transparência e operacionalidade; o estímulo ao desempenho das empresas- quer por qualidade, quer por eficiência e redução de custos-; o princípio regulatório, de compartilhamento de responsabilidade; o dever da regulação de incentivar o mercado regulado a se comportar competitivamente, aumentando a concorrência e reduzindo as falhas estruturais; a consideração das especificidades do mercado por tipo de carteira e porte das operadoras; a não geração de distorções e/ou novas falhas de mercado. Assim, disse que a proposta estava fundamentada nesses princípios, fruto das diversas sugestões recebidas e da experiência adquirida pela Agência de acompanhamento e monitoramento do setor. Reafirmou que os índices oficiais foram considerados por todos não indicativos para avaliação do custo na saúde suplementar e que ainda não se



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

241 dispunha de informação de qualidade ou quantidade capaz de fundamentar inferências
242 seguras sobre variações de custos assistenciais. Reforçou que o mercado de planos
243 coletivos é estruturalmente diferente do dos individuais e é competitivo, ou tende a sê-
244 lo. Passou a explicar os reajustes por tipo de plano: primeiro, o individual ou familiar-
245 contratado por pessoa física e que depende de autorização prévia; segundo, o coletivo
246 sem patrocinador- a integralidade das contraprestações é paga pelos beneficiários,
247 diretamente à operadora, e a responsabilidade da pessoa jurídica que agrega massa de
248 beneficiários não inclui a responsabilidade pelo pagamento, estará sujeito a
249 monitoramento e informação com trinta dias de antecedência; terceiro, o coletivo com
250 patrocinador- contraprestações pecuniárias são total ou parcialmente pagas à operadora
251 pela pessoa jurídica contratante, a qual agrega massa de beneficiários tem pelo menos a
252 responsabilidade de pagar a operadora, plano sujeito a monitoramento, com envio de
253 informações trinta dias depois. A seguir, passou a explicar a metodologia do cálculo do
254 percentual autorizado: para despesas não-assistenciais, que representam 25% do custo
255 global, foi utilizado o IPCA/Brasil Geral acumulado em 12 meses (abril/00 a maio/01) de
256 6,44%; para os custos assistenciais, que representam 75% do custo global, foi utilizado
257 o percentual de 9,46 que é a média do reajuste praticado na carteira de 13 mil contratos
258 coletivos envolvendo cerca de 12 milhões de beneficiários, resultando no índice-teto
259 apurado de 8,71%, sujeito a solicitação e a comprovação. Com relação ao tratamento
260 estatístico foi adotado à mostra um tratamento de filtragem, chamado de *boxplot*, que
261 retira o que está grandemente distorcido e usada a média ponderada pelo número de
262 beneficiários de cada contrato. Na amostragem é bastante representativo o número de
263 beneficiários por contrato e o percentual de reajuste conseguido nos planos coletivos, o
264 que significa que esses contratos que têm um número maior de beneficiários pesaram
265 mais nesse cálculo. Continuando, disse ser importante fortalecer, paralelamente à
266 sistemática de reajuste, a sistemática de monitoramento, com informações simplificadas
267 e periódicas. Nesse sentido, explicou que integram à última, a construção de um índice
268 setorial - projeto já solicitado à Fundação Oswaldo Cruz e à Fundação Getúlio Vargas – e
269 o aumento do fluxo de informações estatístico-atuarial, econômico-financeiro e
270 epidemiológico para a ANS. A seguir, passou a explicar a metodologia para solicitação do
271 reajuste: a operadora solicita formalmente o reajuste em documento que deverá estar
272 assinado pelo seu responsável legal e acompanhado de um termo de responsabilidade,
273 também assinado por um representante legal e por auditor independente registrado no
274 CRT ou CVM, conforme o caso; a autorização será formalizada à operadora através de
275 ofício, indicando o percentual máximo a ser aplicado e o período a que se refere a
276 autorização. A ANS divulgará os percentuais de reajustes autorizados através da
277 internet. A operadora terá noventa dias para preparar as informações solicitadas pela
278 Agência, as quais permanecerão cinco anos disponíveis à fiscalização. O boleto de
279 pagamento do beneficiário conterá o percentual, o valor e o número do processo da ANS
280 que autorizou o reajuste aplicado, caso contrário a operadora será considerada
281 inadimplente e estará sujeita à penalidades. Apresentou as informações que serão
282 solicitadas às operadoras para envio periódico. Encerrou a sua explanação informando
283 que seria retomado o trabalho da Câmara Técnica para continuar a discussão sobre o
284 tema. O **Dr. Januario** consignou que o que se fez foi uma adaptação de toda a
285 metodologia que vinha sendo discutida e validada pela Câmara Técnica, a partir das
286 circunstâncias reais de impossibilidade de se desenvolver, de imediato, um índice setorial
287 e de se adotar políticas diferenciadas, como a implantação de quaisquer regras de
288 mobilidade, sem um estudo mais aprofundado e, principalmente, sem a migração de



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

grande parte dos contratos antigos para as novas regras, pois atualmente mais de 70% dos contratos individuais ainda eram antigos, o que dificultava qualquer política mais geral. Então, tratava-se de uma evolução do processo com avanços dos mais importantes para a fixação do índice máximo a ser autorizado para os planos individuais e familiares e para o controle e transparência dos planos coletivos por adesão e dos chamados planos coletivos empresariais. Argumentou que esta política de reajuste trazia a discussão para um patamar homogêneo, vez que reforçava o poder de negociação do cliente do plano empresarial e não a metodologia de formação de preço, e, para o plano individual, um maior equilíbrio, com a expectativa de que houvesse reflexo nas relações das operadoras com seus prestadores de serviço. Abriu a palavra para manifestações. O **Dr. Egberto** disse que houve modificação em relação ao que se discutiu na Câmara Técnica, onde se colocava uma variação entre um índice médio e de um máximo, diferente da proposta que acabava de ser apresentada de um teto máximo de 8,71% e que, por isso, ela precisaria ser melhor estudada. Lembrou que naquele fórum foi discutido também como a Agência iria dar transparência ao número aferido para variações e questionou como foi feito isso e quais os índices dos contratos. Pediu maiores esclarecimentos sobre a autorização prévia, pois, no seu entendimento, o boleto somente seria enviado para o usuário após a concessão da mesma.

A **Dra. Lúcia Helena** preliminarmente, apontou para a necessidade de discussão dos pontos de dissenso, posto ser essa a finalidade da Câmara de Saúde Suplementar, que tem sobretudo o caráter consultivo e não meramente “informativo”. Disse também que a Câmara Técnica tinha como proposta inicial tratar de uma política de reajuste e que, como aconteceu no ano passado, o que estava sendo colocado era novamente uma situação de transição e não uma definição quanto à uma política de reajuste. Com relação à aplicação do índice de 8,71%, para planos individuais, calculado com base em 0,25% IPCA para despesas administrativas e o restante apurado pela média dos índices dos planos coletivos, manifestou sua discordância quanto à metodologia adotada, argumentando que 0,25% era um índice muito elevado para repasse das despesas administrativas, além disso argumentou que os planos coletivos repassam índices elevados de reajuste por sinistralidade, de frequência de utilização do plano, o que certamente eleva o percentual desse reajuste e, por isso, eles não retratavam a realidade do plano individual. Observou que os consumidores de planos coletivos que se manifestaram contrários a esse repasse, tinham o contrato rescindido, na medida que a Lei 9656/98 não os atinge quanto à proibição desta prática abusiva, aplicando-se o Código de Defesa do Consumidor que condena essa prática, aliás motivo de inúmeras reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor. Considerou o índice proposto pesado para o consumidor e de difícil justificativa, por estar muito além dos índices oficiais que tiveram o seguinte comportamento nos últimos doze meses: IPC da FIPE de 4,82%; de saúde de 6,58%; IPCR, IPC da FGV e índice geral de 6,25%; e, saúde-cuidados especiais deflação de -2,44%, e que, esses deveriam ser utilizados como parâmetro, apesar de talvez não refletir a situação do setor, pois considerando-se as diversas regiões, as realidades sócio-econômicas distintas, esse índice de 8,71% poderia estar muito além da necessidade e da realidade dos usuários e dos contratos firmados. Argumentou, ainda, que o índice de 8,71% associado à possibilidade de revisão técnica, aumentaria o impacto negativo, deixando o consumidor sem alternativas, reafirmando a necessidade de ações concomitantes para que se dê alternativa ao consumidor, como por exemplo a questão da mobilidade, que a ANS estaria deixando para o próximo ano. Com relação ao monitoramento dos planos



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

coletivos, observou que a ANS nunca fiscalizou esses contratos e que portanto, não poderia basear-se em informações unilaterais das empresas para aplicação, como média, aos planos individuais. O **Dr. Januario**, respondendo à Dra. Lúcia Helena, disse que a Agência estava tendo cuidado no trato desse assunto, por entender que esse era um processo de construção de uma política efetiva de reajuste, apontando para essa construção o desenvolvimento de um índice setorial. Quanto ao repasse da sinistralidade no reajuste do plano coletivo, reconheceu que a ANS não tem um acompanhamento completo, um dos motivos pelos quais se estava exigindo, a partir deste ano, que no plano coletivo por adesão o boleto do reajuste informasse ao consumidor que a Agência foi devidamente notificada, para que esse tivesse maior transparência e pudesse verificar se aquilo tinha sido realmente feito. Reforçou que essa medida foi adotada exatamente porque houve uma baixa efetividade no monitoramento instalado em maio do ano passado, com um volume muito pequeno de contratos coletivos por adesão informados à Agência. Disse que a preocupação com o repasse da sinistralidade foi uma das causas de não se utilizar os 9,46% como o índice máximo de reajuste, tendo sido considerado apenas para as despesas médico-assistenciais. Disse também que, quando se coloca que os índices oficiais não refletem a realidade do setor, esses podem não refletir para mais ou para menos e isso será apurado ao longo do processo. Quanto à revisão técnica, registrou que, até aquele momento, a Agência havia autorizado duas, bem localizadas, e que havia outros dois processos em análise de admissibilidade, acrescentando que nenhuma delas teve reajuste no período inferior a um ano e que as possíveis revisões técnicas que viessem a ser concedidas deduziriam o percentual de reajuste geral autorizado. Disse ainda, que a revisão técnica representava um instrumento “draconiano”, do ponto de vista da intervenção da Agência e até do gerenciamento da operadora, que não o utilizava com frequência, porém era um instrumento bastante controlado, que não iria surtir efeito negativo, com eventual produção de uma cascata de reajustes, até porque requeria uma análise muito aprofundada, implicando praticamente numa intervenção da Agência na operadora. Passou a palavra ao Dr. Barroca. O **Dr. Barroca** esclareceu que a idéia do índice médio e do índice máximo foi descartada, mas que foi mantida a vinculação das despesas médico-hospitalares a essa variação global dos coletivos, porque as informações coletadas no ano passado tinham sido de uma massa muito pequena de usuários dos planos coletivos sem patrocinador. Disse que isso levou a Agência a fazer, posteriormente, requerimentos de informações, para colher mais dados. Recordou que o índice médio não demandava necessidade de prévia informação e o índice máximo, sim, o que foi simplificado com a unificação dos termos de responsabilidade e o estabelecimento dos anexos que ficam na operadora. Quanto à autorização prévia, esclareceu que o plano que estava sujeito a ela era o plano individual e familiar e que o plano de autogestão não patrocinado estava sujeito a monitoramento prévio. No que se refere ao reajuste, registrou que a Agência ficava diante de um enorme desafio de como conseguir algo que refletisse a realidade, mais próximo da efetividade, que fosse justo em termos regulatórios e onerasse o menos possível o consumidor individual. Finalizando, salientou que não se estava misturando individual com coletivo, mas usando a variação do coletivo. O **Dr. Arlindo** louvou os esforços da Agência no sentido de encontrar um índice, apesar de considerar o processo bastante engenhoso e de reconhecer as dificuldades enfrentadas. Salientou que o índice poderia não ser suficiente para algumas empresas, mas essas poderiam se valer da revisão técnica, onde se analisava caso a caso, como já tinha havido dois casos importantes. Disse acreditar que



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

385 a ninguém interessava a quebra da assistência por desequilíbrio da carteira de uma
386 operadora, lembrando que o período era de transição, com aumento de inúmeras
387 obrigações, inclusive para os planos que já existiam, pois esses estariam obrigados
388 também às novas exigências, além das despesas decorrentes de decisões judiciais que
389 quase sempre beneficiavam o consumidor. A **Dra. Regina** solicitou esclarecimentos
390 sobre uma afirmação feita pelo Dr. Barroca no sentido de ter havido consenso de que o
391 índice de 5% era baixo, pois não se recordava da concordância de seu setor e dos
392 representantes dos consumidores. Sobre a escala adotada, num gráfico apresentado, de
393 zero a 25% num universo de cem operadoras, considerou incorreta e muito ampla. Disse
394 que, imaginando-se um reajuste em torno de 5%, variando até 10%, a escala deveria
395 ser de no máximo 5%, assim se poderia ver a média das operadoras. Ressaltou a
396 necessidade de se estabelecer estudos, formas de se trabalhar informações e uma
397 política efetiva para o setor, o qual era extremamente complexo e, talvez, o mais difícil
398 para se discutir, regular e controlar, pois sem essas providências ficaria sempre um clima
399 de desconfiança e conflito. Embora tenha sido louvado o índice de reajuste, havia muita
400 dificuldade de se avaliar se era muito ou pouco, porque não se tinha informações
401 suficientes para esse balizamento. Lembrou que há cinco anos as operadoras não
402 discutiam os custos dos médicos, ao contrário, descredenciaram médicos e
403 deflacionaram o mercado, porque não aumentaram os honorários nos 5% do ano
404 passado nem iriam aumentá-los nos 8,71% neste ano, e que os médicos não iriam
405 assumir qualquer parcela de custo desse percentual. Desafiou as operadoras a
406 apresentarem planilhas que demonstrassem que o segmento médico inflacionou o
407 mercado, pois as operadoras poderiam dizer que o aumento de 8% se devia ao fato de
408 que os médicos estavam pressionando para aumentar seus honorários, o que não era
409 verdadeiro, e considerou importante deixar claramente público que o setor assistencial
410 não tinha pressionado custo. Disse que apesar da culpa não ser da Agência, era
411 necessário ela se ater para o fato de as operadoras não conversarem com os
412 prestadores de serviço, particularmente com os médicos e o que se esperava era que
413 elas mudassem de posição. Ressaltou que o mercado, que não fazia a sua parte,
414 desqualificava o diálogo e pedia, a toda hora, aos médicos sensibilidade para com o
415 mesmo. Destacou que, para que Agência pudesse regular esse setor, buscando melhorar
416 a qualidade do atendimento, era fundamental discutir os honorários arrochados há seis
417 anos e o descredenciamento dos médicos. Acrescentou que o reajuste não era só do
418 ponto de vista de remuneração, mas também da relação entre as operadoras e os
419 prestadores de serviços. Solicitou que a Agência assumisse o compromisso de reabrir
420 imediatamente a Câmara Técnica para discutir essas proposições, porque, no seu
421 entendimento, não se conseguiu nesse período fazer uma política de reajuste, bem
422 assim tratar de questões como a da mobilidade, dizendo que nunca se chegaria a uma
423 fórmula mágica, mas que se podia chegar a uma mais justa e correta, que espelhasse
424 melhor a realidade. O **Dr. Celso Barros** reafirmou a necessidade de não se pensar
425 apenas no reajuste, mas em todo o sistema da assistência suplementar, pois foi
426 demonstrada uma insatisfação generalizada por vários integrantes dessa Câmara, que
427 representam usuários, operadoras, prestadores e entidades médicas. Ressaltou, ainda,
428 que recente pesquisa do DataFolha demonstrou que as empresas, sérias e éticas,
429 continuam desfrutando de alto índice de satisfação. Ponderou que o mercado não estava
430 suportando a pressão dos custos que estava vivendo, razão pela qual se presenciava a
431 situação difícil de várias operadoras. Argumentou que essa situação se dava por diversos
432 motivos: o custo elevado dos planos antigos sem direito a determinadas coberturas,



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

433 para aquelas operadoras que honravam o atendimento; a questão da sinistralidade; e; a
434 gestão das empresas. Mas ressaltou que o reajuste era de fundamental importância e
435 registrou ter considerado insuficiente o índice concedido no ano passado. Quanto ao
436 apresentado para esse ano, disse que o mesmo atendia um pouco mais a necessidade
437 do setor, porém que ainda não era o ideal. Isso porque, lembrou que, em contratos
438 anteriormente firmados, foi estabelecido um reajuste, por exemplo, pelo IGP da FGV,
439 que, aproximadamente, era de 10%, portanto superior aos 8,71%. Então, concluiu
440 dizendo que a necessidade da continuidade do trabalho estava colocada, para que se
441 conseguisse manter o sistema sobrevivendo e reduzir a insatisfação de todos os
442 parceiros nele envolvidos, dando uma assistência cada vez melhor a todos. O **Dr. Mário**
443 **Scheffer** disse que, no seu entendimento, a ANS teria dificuldade de convencer a
444 sociedade de que estava regulando o setor em benefício do usuário, pois, ao mesmo
445 tempo que anunciava um reajuste de 8,71%, apresentava uma lista com mais de 300
446 exclusões a portadores de doenças preexistentes. Questionou se havia a intenção da
447 ANS em discutir a mobilidade e de instalar uma Câmara Técnica para estudar a
448 possibilidade de migração do usuário insatisfeito com o reajuste imposto para outro
449 plano sem carência. Questionou, ainda, se já estava claro como se daria a discussão do
450 monitoramento, pois havia interesse dos membros dessa Câmara em dela participar. Por
451 fim, manifestou sua expectativa de que as planilhas de custo fossem transparentes e
452 expostas ao público. O **Dr. Arlindo** esclareceu que não louvou o índice, ao contrário era
453 crítico desse, inclusive pelo fato de não haver uma certa mobilidade e, principalmente,
454 pelo fato de haver controle de preço. Com relação à assistência médica, disse que,
455 seguramente, qualquer operadora poderia demonstrar que nesses últimos quatro ou
456 cinco anos houve aumento de despesas médicas, não por culpa dos médicos ou de
457 novas tecnologias ou de novos aparelhos etc., mas que todos tiveram aumento de
458 custos e não só no Brasil, sendo necessário realmente que se encontrasse um ponto em
459 comum. O **Dr. Januario**, sobre o reajuste, ressaltou que de maio do ano passado a
460 abril deste ano, foi autorizado o máximo de 5,42% para os planos individuais e
461 familiares e, a metodologia indicou, no mesmo período, a média de 9,46% para
462 contratos coletivos, principalmente os empresariais, significando que o reajuste aplicado
463 àqueles contratos representou quase a metade em relação ao dos coletivos
464 empresariais, que em geral conseguem melhores patamares de reajuste pela sua
465 capacidade de negociação. Consignou que, conforme foi dito, assim como todos os
466 atores do setor estavam insatisfeitos, havia mais um ator: a ANS, porque se tratava de
467 um processo de construção e de amadurecimento coletivo, do qual todos eram
468 partícipes na busca do equilíbrio, sendo admissível uma dose de insatisfação durante o
469 mesmo, com o que haveria de se conviver e ter a tranquilidade de implantar políticas a
470 partir dela. Lembrou que o foco principal da Agência sempre foi o reforço aos planos
471 individuais e familiares, onde os agentes eram mais enfraquecidos dada a menor
472 possibilidade de negociação, e que tinha certeza de que a Agência iria conseguir
473 convencer a sociedade disso, com resultados concretos que seriam obtidos ao longo do
474 tempo, a partir de uma política séria e transparente, dando enfrentamento às
475 dificuldades, aos assuntos espinhosos e com a profundidade que eles merecem.
476 Conforme havia sido colocado pelo Dr. Barroca, disse que fazia parte da política
477 proposta para este ano, a continuidade da discussão com a retomada imediata dos
478 trabalhos da Câmara Técnica já formada, significando que a questão da mobilidade fazia
479 parte da sua pauta. Reafirmou que a Agência, ao enfrentar a espinhosa discussão de um
480 índice que busca o equilíbrio, estava aberta a questionamentos de toda ordem, e que



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

481 tinha uma expectativa de que as operadoras reabrissem imediatamente uma discussão
482 sobre o seu relacionamento com os prestadores, questão fundamental para a garantia
483 da qualidade de atendimento e para a qual a Agência estava atenta. Passou a palavra
484 para o Dr. Barroca. O **Dr. Barroca** destacou que o índice não era exagerado, pois se as
485 operadoras não cumprissem as exigências feitas, não obteriam a autorização para o
486 reajuste, vez que o mesmo não era automático. Registrou que o CFM, na Câmara
487 Técnica, concordou com o fato dos índices oficiais não refletirem a variação do custo de
488 saúde e que se poderia vincular o plano individual à variação do coletivo. Quanto ao
489 questionamento sobre o gráfico, disse que nele não se representavam cem empresas,
490 mas sim 13 mil contratos, números absolutamente consistentes, tornando clara a
491 metodologia que não misturou a prestação de serviço de assistência à saúde de plano
492 coletivo com a de individual. Quanto à afirmação feita pelo Dr. Celso sobre a prévia
493 autorização do reajuste pela ANS, mesmo em contratos que estabeleciam índices
494 diferenciados, reafirmou que, caso os mesmos fossem individuais e familiares, teriam de
495 ser submetidos previamente à ANS. Respondendo ao Dr. Mário Scheffer, disse que a
496 dificuldade de convencer a opinião pública seria tanto maior quanto a vontade de
497 confundir as pessoas, ao invés de esclarecê-las, e não que isto estivesse sendo feito por
498 alguém dali, mas que era fácil fazer mídia com esse tema. Relembrou que o assunto era
499 reconhecidamente difícil, espinhoso, complexo e que todos precisariam se debruçar
500 sobre ele com boa vontade para que se pudesse avançar na regulação. A **Dra. Neide**,
501 iniciou solicitando que suas palavras fossem registradas em ata de forma fidedigna,
502 argumentando que as suas manifestações em reuniões anteriores constavam de maneira
503 amenizada. Protestou contra a não realização de reunião da Câmara de Saúde
504 Suplementar há mais de dois meses, ressaltando que a última reunião havia acontecido
505 no dia 15 de fevereiro. Relembrou que a discussão sobre os planos de saúde começou
506 no Senado com um projeto de lei que tinha dois ou três artigos e visava à proteção do
507 consumidor, com objetivo de acabar com o descalabro que acontecia com seus usuários
508 e a exploração da população; após sete anos, a criação da Agência foi um alento aos
509 usuários, que ficaram esperançosos de que iriam conseguir que seus direitos
510 começassem a ser respeitados, mas isso não aconteceu e o consumidor continuava
511 tendo de entrar em fila, de implorar quando o exame era um pouco mais caro, etc. Por
512 isso, manifestou sua indignação com o fato de se estarem discutindo aumento para os
513 planos de saúde. Disse considerar qualquer 0,5% de reajuste muito, que não entendia
514 como é que se permitia que houvesse aumento ano a ano para um atendimento que
515 estava péssimo. Registrou que as operadoras reclamavam que esse era o único setor ao
516 qual se impunha uma regulação de preço, mas tratava-se de vida, de saúde, que não
517 estavam vendendo mercadoria e, sim, uma ilusão, porque na hora que se precisasse do
518 atendimento não se teria um melhor do que o oferecido pelo SUS. Disse que as
519 operadoras vão para a mídia, aterrorizando a população, propagando a ineficiência do
520 SUS, o que não era verdade, citando seu caso como exemplo que não teve atendimento
521 pelo seu plano de saúde e acabou sendo socorrida pelo SUS. Enfatizou que, naquele
522 momento, sentia-se motivada a iniciar uma campanha em defesa do fortalecimento do
523 SUS, apelando para que os cidadãos exigissem seus direitos à saúde de boa qualidade.
524 O **Dr. Januario** respondendo à Dra. Neide, fez uma consideração muito específica: a
525 Agência Nacional de Saúde Suplementar é vinculada ao Ministério da Saúde, ao Sistema
526 Único de Saúde e é, portanto, uma construtora desse Sistema. Esclareceu que qualquer
527 campanha pelo fortalecimento do SUS teria o apoio da Agência, como já o tinha.
528 Ressaltou que a ANS tem efetivamente como prioridade a construção do SUS, com a



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

529 tarefa específica de regular um setor que precisava ser regulado, porque lida com algo
530 essencial que é a assistência à saúde. Considerou não haver contradição entre essas
531 posições, pois a Agência também é dirigente da saúde no Brasil e partícipe do SUS.
532 Passou a palavra para manifestações. O **Dr. Samir Bittar** concordou com as colocações
533 da Dra. Regina, destacando que já havia se posicionado inclusive na Câmara Técnica de
534 Reajuste quanto à situação insustentável da classe médica, que, mais uma vez, nada
535 receberia de reajuste. Disse entender as dificuldades de todos os prestadores de
536 serviços que também não foram reajustados e que isso poderia repercutir ao longo do
537 tempo na qualidade dos serviços. Apelou para que as operadoras retomassem o diálogo
538 com os médicos, justificando a busca por uma saúde pública digna, em defesa do
539 consumidor e dos interesses maiores da Agência, que tem por finalidade estabelecer o
540 equilíbrio entre os elementos que compõem o setor. O **Dr. Pedro Fazio**, referindo-se à
541 metodologia do reajuste, disse entender que se utilizar dos reajustes aplicados nos
542 últimos doze meses, que refletiam as ocorrências passadas, estar-se-ia fazendo apenas
543 uma recomposição de preço e, não, um reajuste. No seu entender, ao se chamar de
544 reajuste, ficava a sensação de que se estava aumentando o preço por conta de
545 ocorrências atuais, o que não era correto. Esclareceu que, na metodologia apresentada,
546 o reajuste aplicado nos 13 milhões de segurados em julho de 2000, refletia parcialmente
547 a ocorrência de junho de 1999 a julho de 2000. O **Dr. Januario**, introduzindo o item da
548 revisão do rol de procedimentos disse que, desde quando o tema foi apresentado pela
549 primeira vez, houve muita confusão sobre o assunto, que diversos processos de
550 informações foram quebrados e muita especulação sobre a aplicação da cobertura
551 parcial temporária aos planos antigos. Esclareceu que o mesmo não foi criação da ANS e
552 sim uma obrigatoriedade colocada pela legislação, que determina a aplicabilidade do
553 art. 11 a esses contratos. Relembrou que a Resolução CONSU nº 10, a qual efetivava os
554 arts. 10 e 12 da legislação, definiu o rol de procedimentos médico-hospitalares, com
555 mais de 3500 itens, obrigatórios para serem oferecidos aos consumidores de planos
556 privados de assistência à saúde. Explicou que a montagem da revisão desses
557 procedimentos foi mesclada com a explicitação do rol de procedimentos de alta
558 complexidade para efeito de cobertura parcial temporária, um instrumento de efetivação
559 do direito do consumidor, colocado em razão de lacuna na regulamentação. Em relação
560 ao rol, disse haver enfoques diferentes, como por exemplo o do Dr. Mário Scheffer que
561 considerava mantida a exclusão de 324 procedimentos. Explicou que a ação da ANS foi
562 a de reduzir para cerca de 400, agora, limitados a 324, os mais de 1300 procedimentos
563 que eram excluídos pelo mercado, fazendo com que cerca de 100 exclusões que
564 estavam na primeira lista, voltassem a ser obrigatórios. Por se tratar duma carência de
565 24 meses para procedimentos essenciais, considerou que a ANS clarificou o
566 entendimento, impedindo o arbítrio das operadoras e ousando fazer um rol, que era
567 polêmico, sério, complicadíssimo, inclusive, do ponto de vista técnico. A **Dra. Neide**
568 questionou sobre o verdadeiro papel da Câmara de Saúde Suplementar e de seus
569 integrantes, protestando pelo fato de ter sido, autoritariamente, dada por encerrada a
570 discussão do tema anterior, quando para ela o assunto ainda não havia se esgotado.
571 Reafirmou ser contra a qualquer percentual de reajuste e que não tinha como justificar o
572 que foi apresentado perante os seus representados. Registrando sua indignação,
573 solicitou que se colocasse em pauta proximamente a rediscussão do papel da Câmara. O
574 **Dr. Januario**, respondendo à Dra. Neide, disse que ao se encerrarem as inscrições do
575 último bloco deixou muito claro que aquele assunto estava concluído, destacando que
576 sobre o mesmo não houve consenso em nenhum momento, nem em oito reuniões da



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

577 Câmara Técnica, nem em diversas discussões paralelas que foram realizadas, e, por isso,
578 a Agência tinha cumprido o seu papel de órgão regulador, que tem poder decisório.
579 Além disso, colocou ter passado para o outro ponto da pauta porque o Dr. Barroca havia
580 explicitado, no início da explanação, que era uma resolução já aprovada pela Diretoria
581 Colegiada da ANS e iria à publicação. Determinou especial atenção com o registro das
582 manifestações da Dra. Neide, bem como de sua proposta de que fosse ponto de pauta
583 para uma futura reunião a rediscussão do papel da Câmara de Saúde Suplementar.
584 Passou a palavra ao Dr. Barroca para apresentar o resultado da consulta pública que
585 visou o aperfeiçoamento do rol de procedimentos de alta complexidade para efeito de
586 cobertura parcial temporária. O **Dr. Barroca** iniciou lembrando que o art. 11 da Lei
587 9656, vedava qualquer exclusão de procedimentos após 24 meses, cabendo à operadora
588 provar, além da preexistência da doença ou lesão, o conhecimento prévio do usuário.
589 Ressaltou que a base para a cobertura parcial temporária continuava sendo: o prazo
590 máximo de até 24 meses para alegação da doença preexistente, o conhecimento prévio
591 do usuário e a sua declaração ao ingressar no plano. Como resultado da consulta
592 pública, disse que foram recebidas 38 sugestões: 04 de entidades representantes de
593 operadoras; 18 de entidades médicas, incluído o CFM; 06 de pessoas físicas; 02 de
594 entidades de defesa do consumidor – o IDEC e o PROCON; e as outras, da CNS, CNI e
595 CNC. As contribuições foram divididas em três tipos: o primeiro de reinclusão de
596 procedimentos retirados na última revisão- 02 de pessoas físicas, 42 de anestesistas e
597 05 de outras pessoas jurídicas; o segundo, de extinção do conceito de doença ou lesão
598 preexistente e, conseqüentemente, a totalidade da cobertura dos procedimentos,
599 mesmo os de alta complexidade- 04 contribuições de pessoas físicas e 16 de pessoas
600 jurídicas; e o terceiro, de alterações técnicas propriamente ditas nos procedimentos de
601 alta complexidade para a cobertura parcial temporária, no caso de doença ou lesão
602 preexistente- 103 solicitações de retirada de 101 procedimentos, solicitação de inclusão
603 de 235 procedimentos e manifestações de manutenção dos 434. A seguir, explicou os
604 critérios utilizados para definir os procedimentos de alta complexidade: instalações
605 físicas e condições ambientais especiais; equipamentos específicos de médio e alto custo
606 ou manutenção especializada; recursos humanos especializados; insumos de alto custo
607 ou muito específicos; risco intrínseco do procedimento ou área de incorporação
608 tecnológica. Registrou que o trabalho de revisão resultou em 18 inclusões e 129
609 retiradas da listagem original dos procedimentos de alta complexidade, e a relação de
610 435 ficou com 324 procedimentos considerados de alta complexidade, passíveis de
611 cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente. Destacou que
612 a Agência decidiu por duas resoluções, que seriam aperfeiçoadas: uma com o rol de
613 procedimentos e a outra com os procedimentos de alta complexidade, que constarão do
614 contrato. Finalizando, explicou que a resolução entrava em vigor na data da sua
615 publicação, e a operadora teria um prazo para ajustar o seu contrato. O **Dr. Januario**
616 agradeceu ao Dr. Barroca e abriu a palavra. A **Dra. Lúcia Helena** reafirmou ser
617 contrária à existência de restrição à doença e lesão preexistente e que a resolução trazia
618 vários procedimentos que eram essenciais à proteção da saúde dos consumidores, além
619 de ser 24 meses um período extenso. Registrou que a discordância dos órgãos de
620 defesa do consumidor com os segmentos da saúde suplementar sempre foi o
621 descumprimento do contrato e até a existência de cláusulas abusivas constantes desses.
622 Disse que por se tratar de um rol que exclui procedimentos, muitos dos quais sem
623 semelhantes no mercado, estava se fazendo restrições ao consumidor, e que isso
624 contrariava o Código de Defesa do Consumidor. Entendia que a Agência tinha de



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

625 cumprir o seu papel regulador, mas esse não poderia ter uma visão unilateral, sem
626 considerar que algumas imposições eram contrárias à uma lei protecionista, por essa
627 razão a proposta tinha sido de rediscussão dos critérios, dos parâmetros da nova
628 listagem, o que foi desconsiderado e, não, meramente de inclusão ou exclusão de
629 procedimentos. Disse ser importante registrar que a Câmara de Saúde Suplementar era
630 consultiva, e, apesar da consulta pública realizada a Agência, ao fechar a questão,
631 exercendo seu papel regulador, acabava transformando aquele fórum em meramente
632 informativo. Registrou, ainda, mais uma vez, a insatisfação dos usuários com a proposta
633 e com a negativa da Agência ao pedido das entidades de suspender os efeitos da RDC,
634 enquanto a mesma não fosse aperfeiçoada. O **Dr. Albucacis** disse que somente existia
635 o sistema de saúde suplementar porque o SUS não fazia o seu papel na totalidade da
636 assistência integral à saúde e não tinha condições de abranger toda a população
637 brasileira, reforçando que os empresários do setor sempre estimularam o fortalecimento
638 do SUS. Ressaltou a preocupação do seu segmento com a revisão do rol de
639 procedimentos, quanto à inclusão de novos benefícios, pois quem iria suportar o custo
640 seriam as empresas, o que significaria mais um impacto para o mercado. Considerou a
641 cobertura parcial temporária fundamental, vez que ela não era uma proteção para quem
642 ingressasse no plano, mas para quem já estava nele. Disse que era preciso proteger
643 aqueles que já estavam pagando o benefício que foi acrescido no seu contrato, porque
644 se o beneficiário pudesse entrar a qualquer momento, não haveria preço que pagasse as
645 novas coberturas para os consumidores já existentes nos contratos. O **Dr. Mário**
646 **Scheffer** reiterou o documento encaminhado pelas entidades: Fórum de Patologias e
647 Deficiências, Fundação PROCON, IDEC, AMB e CFM, pedindo a suspensão imediata da
648 RDC nº41, por discordarem da mesma. Prosseguiu, citando a situação do doente diante
649 dos planos de saúde, usando como exemplo quatro epidemiologias que afetam uma
650 parcela considerável da população: os portadores de câncer, os HIV positivo, os renais
651 crônicos e os cardiopatas, casos em que vários procedimentos estavam elencados,
652 população essa que na sua maioria acabavam recebendo atendimento pelo SUS.
653 Colocou, então, que os portadores de epidemiologias que tinham planos anteriores à lei
654 continuavam com contratos restritivos, de média cobertura, e estavam aguardando as
655 regras de adaptação que a ANS ainda não havia determinado. Continuou dizendo que,
656 para aqueles que não tinham plano, mas tinham a possibilidade de ingressar num,
657 restava apenas a opção da cobertura parcial temporária, pois não tinha sido ainda
658 regulamentada outra alternativa como a possibilidade de agravo. Destacou que essa era
659 uma situação discriminatória, pois havia uma carência de dois anos para procedimentos,
660 que eram 400 e agora são 300, ligados a essas patologias. Então, no seu entendimento,
661 a ANS estava empurrando para o SUS determinada parcela de doentes, fechando as
662 portas para portadores de diversas patologias, e que era preciso aprofundar a discussão
663 sobre a relação entre o SUS e os planos suplementares, a fim de se avaliar realmente
664 quais eram as interfaces dessa relação. **Dr. Barroca** disse que não foi acatada a
665 proposta que solicitava a suspensão da RDC nº41, porque significaria acabar com o rol
666 de procedimentos como um todo, o que não era impor uma vontade, mas uma ação que
667 implicava em voltar atrás com toda a revisão do rol de procedimentos, produzido de
668 forma absolutamente consensual. Concordou com a hipótese de se voltar a discutir
669 doença ou lesão preexistente, mas que era importante lembrar que a cobertura parcial
670 temporária tinha sido consenso na Câmara de Saúde Suplementar, em novembro de
671 1998. Sobre o exemplo do portador de HIV citado, disse que se o mesmo sabia dessa
672 situação, teria a cobertura com o tratamento ambulatorial, as internações clínicas e os



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

673 exames necessários, mas, se essa pessoa não tivesse conhecimento da referida
674 patologia, não havia que se falar em cobertura parcial temporária. Salientou que o
675 próprio Ministério da Saúde estava revendo como iria fazer a cobertura de exames no
676 sistema nacional de saúde, exames esses que estavam sendo discutidos como carga
677 viral, para avaliação de impacto. Considerou ser imprudente dizer que pessoas que não
678 tinham acesso a nada, estavam sendo excluídas pela Agência, destacando que houve
679 um avanço quando se fixou o conceito de que o consumidor tinha de saber que era
680 portador e declarar isso. O **Dr. Januario** fez duas observações: a primeira, referente à
681 questão do HIV, lembrando que o Ministério da Saúde hoje era reconhecido
682 mundialmente por ter o melhor programa de combate e prevenção, fornecendo
683 gratuitamente 500 milhões de reais por ano em medicamentos específicos para a
684 doença; a segunda, em relação ao pedido de suspensão da RDC nº 41, formalmente
685 respondido a todas as entidades signatárias do documento, deixou claro que não havia
686 sentido na suspensão, pois a mesma estabelecia o rol obrigatório e o rol de
687 procedimentos de alta complexidade, que significaria prejuízo ao consumidor. Passou a
688 palavra para Dra. Regina. A **Dra. Regina** registrou que tanto a questão do rol quanto o
689 conceito de doença ou lesão preexistente, do ponto de vista médico, não era passível de
690 acordo. Considerou que a Câmara de Saúde Suplementar e a Agência deveriam prestar
691 um serviço à sociedade fazendo uma discussão sobre uma política de incorporação de
692 tecnologia. Disse que, como já havia discutido com a Associação Médica, com a Defesa
693 do Consumidor e a com a Entidade de Portadores de Patologia, gostaria de encaminhar
694 à Agência e ao Ministério da Saúde proposição no sentido da criação de uma instituição
695 para discutir e desenvolver políticas de incorporação de tecnologia. Ressaltou que essa
696 questão era um desafio para o mundo todo, que cada país adotava medidas ou
697 proposições diferenciadas, citando os exemplos do Uruguai, da Colômbia e do Canadá,
698 mas que a solução não poderia ser simplesmente excluir as pessoas. No caso do Brasil,
699 disse existir um corte que não era de alto custo, mas de prevalência, como o câncer, a
700 doença infecciosa e a doença renal, ressaltando o agravo como uma alternativa.
701 Considerou inadmissível o argumento utilizado pelas operadoras de não saberem o custo
702 do agravo, mas que era necessária a apresentação desses custos para o
703 estabelecimento de uma política clara sobre a questão. Disse que o corte por
704 procedimento era muito perverso, e que seria preciso o estabelecimento de uma política
705 que contemplasse o perfil epidemiológico da população que utiliza planos de saúde, pois,
706 caso contrário, o SUS iria arcar tanto com a questão da prevalência quanto com a da
707 alta complexidade. Ressaltou que, do ponto de vista de impacto, hoje poderia não ser
708 importante regular sobre a matéria, mas que no futuro essa medida teria muito impacto,
709 tanto para o setor público quanto para o cidadão. O **Dr. Egberto** ponderou sobre a
710 questão da retroatividade, porque a norma era aplicável aos contratos desde janeiro de
711 1999, ressaltando que essa retroatividade deveria implicar em adequação de preço, pois
712 houve inclusão de procedimentos de cobertura obrigatória. Concluindo, solicitou que
713 fosse feita uma codificação, segmentando os procedimentos em ambulatorial, hospitalar
714 etc. A **Dra. Neide** manifestou sua indignação quanto a cobertura parcial temporária
715 que, no seu entendimento, vetava cerca de 300 procedimentos aos portadores de lesão
716 preexistente, significando para quem fizesse um plano de saúde saber que pagaria
717 durante dois anos e não teria direito de utilizá-lo, restando a esse consumidor recorrer
718 ao SUS, pois ele seria inconsequente se ingressasse num plano que não lhe dava direito
719 ao agravo. Salientou sua preocupação com o usuário que após fazer um plano de saúde,
720 descobre que tem uma doença e não pode utilizá-lo nos próximos dois anos. Disse que



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

721 tinha ouvido todos esses anos que a seguradora era a coitada, mas na verdade era o
722 consumidor que ficava sem direito a nada, tendo de aceitar o que lhe era imposto.
723 Disse, ainda, que a necessidade de declarar uma doença existente ao ingressar num
724 plano, poderia incentivar à mentira, pois não conhecia nenhuma pessoa que tivesse
725 conseguido entrar num plano de saúde declarando que já tinha uma doença. O **Dr.**
726 **Januario**, respondendo à Dra. Neide, esclareceu que uma pessoa que não sabia que
727 tinha uma doença e, imediatamente após assinar o contrato, a descobriu, estava
728 absolutamente garantida pelo plano de saúde, e que, nesse caso, não havia qualquer
729 discussão em torno de doença ou lesão preexistente e muito menos de cobertura parcial
730 temporária. Destacou que, conforme consta da lei, para ser considerada como doença
731 ou lesão preexistente era necessário que a pessoa tivesse a doença e soubesse dela ser
732 portadora no momento da assinatura do contrato. Disse que tinha a expectativa de que
733 o usuário não mentisse ao ingressar no plano, mas que, de qualquer maneira, o ônus da
734 prova era da operadora. Passou a palavra para o Dr. Barroca. O **Dr. Barroca** disse que,
735 mesmo não havendo concordância com o conceito de doença ou lesão preexistente e da
736 cobertura parcial temporária, era preciso deixar claro que não eram excluídos os 324
737 procedimentos, mas somente aqueles ligados especificamente àquela preexistente no
738 usuário. Citou como exemplo, o caso de um paciente renal que, dos quase 3600
739 procedimentos, teria apenas 13 na cobertura parcial temporária e, se ele estava
740 comprando o plano para fazer esse tratamento, concordou que haveria necessidade de
741 se fazer agravo, para custear esse tratamento, ou cobertura parcial temporária. Em
742 relação às questões citadas pelo Dr. Egberto explicou que: quanto à retroatividade, essa
743 não existia, pois a lei diz que os contratos já estavam abrangidos por rol de
744 procedimentos que só estava sendo atualizado, e que se as operadoras tivessem um
745 estudo suficientemente detalhado para se falar de possíveis dados de preços, seria
746 importante que o apresentassem; quanto à sugestão de segmentação, a mesma seria
747 acatada e seria feita a publicação dos segmentos ambulatorial, hospitalar com e sem
748 obstetrícia. Concordou com a sugestão da Dra. Regina de que fosse aproveitada a
749 revisão do rol de procedimentos para se discutir uma metodologia de incorporação
750 tecnológica, absolutamente importante num setor em que o preço é feito pela oferta. O
751 **Dr. Januario**, ressaltando a relevância do tema, considerou que a Agência cumpriu
752 todos os compromissos assumidos, lembrando que foi reaberta nova consulta pública
753 porque a primeira não foi bem-sucedida, gerando um grande número de críticas.
754 Ressaltou que todas as contribuições recebidas foram exaustivamente debatidas,
755 chegando-se ao aperfeiçoamento do rol, inclusive fazendo o desmembramento para que
756 não houvesse confusão entre o rol de procedimentos médico-hospitalares obrigatórios e
757 o rol de procedimentos de alta complexidade para efeito de cobertura parcial
758 temporária. Disse que, apesar de todos os problemas existentes, houve avanço, mas
759 que a discussão conceitual do tratamento de doença ou lesão preexistente teria de
760 continuar, porque se tratava de um setor de atividade econômica, sobre o qual a
761 Agência continuaria exercendo cada vez mais o controle, onde sempre seria discutida a
762 composição de custos. Antes de encerrar os trabalhos, comunicou, em nome do Dr.
763 Nelson Rodrigues dos Santos, coordenador do Conselho Nacional de Saúde, sobre a
764 proposta de organização de um simpósio, previsto para os dias 18 e 19 de junho, para
765 avaliação do impacto dos três anos de regulamentação da Saúde Suplementar, que seria
766 realizado em conjunto: pelas Comissões de Assuntos Sociais, do Senado Federal;
767 Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, e pelo Conselho Nacional de
768 Saúde, para o qual a Agência estava sendo convidada a participar. Estavam sendo



MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03.05.2001

769 propostos dois momentos de discussão: o primeiro, mais didático, quando haveria
770 debate sobre as características dos setores público e privado no sistema de saúde
771 brasileiro e a visão de cada um dos atores ou agentes do mesmo; o segundo, seria de
772 análise e formulação de estratégias para o processo de negociação e rumos do processo
773 de regulação. Deixou, então, registrado o chamado à participação nesse simpósio. Após,
774 agradecendo a presença e a participação de todos, deu por encerrada a 17ª reunião da
775 Câmara de Saúde Suplementar.

776
777

778 Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

779

780 Ministério do Trabalho e Emprego

781

782 Ministério da Saúde

783

784

785 Conselho Nacional de Saúde

786

787 Conselho Federal de Medicina

788

789 Conselho Federal de Odontologia

790

791 Federação Brasileira de Hospitais

792

793 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

794

795 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

796

797 Confederação Nacional da Indústria

798

799 Confederação Nacional do Comércio

800

801 Força Sindical

802

803 Defesa do Consumidor – PROCON

804

805 Entidade de Portadores de Deficiência e Patologias Especiais

806

807 Autogestão

808

809 Medicina de Grupo

810

811 Cooperativas de Serviços Médicos

812

813 Empresas de Odontologia de Grupo

814

815 Cooperativas de Serviços Odontológicos