



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

1 Às dez horas do dia trinta e um 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 oitava**  
3 reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9656, de 13 de junho de 1998, órgão  
4 integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo, nos termos do parágrafo único do Artigo  
5 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A reunião foi presidida pelo Sr.  
6 Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dr. **Januario Montone**, e  
7 contou com a presença dos Diretores da ANS: Dr. **João Luis Barroca de Andréa**- Diretor de  
8 Normas e Habilitação dos Produtos, Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**- Diretora de  
9 Normas e Habilitação das Operadoras e **Dra. Maria Stella Gregori** – Diretora de Fiscalização.  
10 Os membros da Câmara de Saúde Suplementar que participaram da reunião foram: Dra. **Cibele**  
11 **G. Melo Osório**, do Ministério do Trabalho e Emprego; Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**,  
12 do Conselho Federal de Medicina; Dr. **Eduardo Oliveira**, da Federação Brasileira de Hospitais;  
13 Dr. **José Francisco Schiavon**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,  
14 Estabelecimentos e Serviços; Drs. **Onécio Silveira Prado Júnior** e **José Luiz Spigolon**, da  
15 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Dr. **Vitor**  
16 **Gomes Pinto**, da Confederação Nacional da Indústria; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, da  
17 Confederação Nacional do Comércio; Dra. **Lúcia Helena Magalhães Lopes da Silva**, da  
18 Fundação Procon de São Paulo, representante das entidades de defesa do consumidor; Dra.  
19 **Lynn Dee Silver** e **Andréa Salazar**, do IDEC, representantes de associações de consumidores  
20 de planos privados de assistência à saúde; Dr. **Roberto Cury**, da ABRASPE, representante do  
21 segmento de autogestão; Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINANGE, representante das  
22 empresas de medicina de grupo; Drs. **Celso Corrêa de Barros** e **José Cláudio Ribeiro**  
23 **Oliveira**, representantes das Cooperativas de Serviços Médicos; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**,  
24 do SINOG, representante das empresas de odontologia de grupo; Drs. **Antônio Ielmo Capel**  
25 **Alarcon** e **Egberto Miranda Silva Neto**, representantes das Cooperativas de Serviços  
26 Odontológicos; e, Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli**, representante das entidades de  
27 portadores de deficiência e de patologias especiais. Participaram ainda os seguintes convidados:  
28 Drs. **Pedro Fazio** e **Heráclito Brito Gomes Júnior**, da FENASEG; Dr. **Samir Bittar**, da  
29 A.M.B.; Dr. **Celso Barbosa de Almeida**, do Ministério da Fazenda; Dr. **Amarildo Baesso**, do  
30 Ministério da Justiça; Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, da CASSI, segmento de autogestão;  
31 Dr. **Fernando Magalhães Pinto**, da Confederação Nacional da Indústria; Dr. **Nelson da Silva**  
32 **Parreiras**, do Conselho Federal de Enfermagem; e, Drs. **Aureliano Ribeiro Moreira**, **Valdir**  
33 **Zettel**, **Maurício Lopes** e **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada representação recebeu uma  
34 pasta contendo: pauta da reunião; minuta da Ata da 17ª reunião; minutas das RDC's de Leilão  
35 de Carteiras, de Alienação Compulsória de Carteiras, de Sistema de Acompanhamento de  
36 Produtos. Compunham a pauta da reunião os seguintes itens: leitura, discussão, deliberação e  
37 assinatura da Ata da 17ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; avaliação das propostas de  
38 RDC's para alienação compulsória de carteiras de planos de assistência e para o envio de  
39 informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à  
40 saúde. O **Dr. Januario**, dando início à reunião, saudou a presença de todos os representantes  
41 da Câmara de Saúde Suplementar, inclusive dos convidados permanentes, da FENASEG e da  
42 AMB, e dos demais convidados, registrando a justificativa de ausência dos representantes do  
43 Conselho Federal de Enfermagem. Em seguida, colocou em apreciação a ata da 17ª reunião da  
44 Câmara de Saúde Suplementar, apresentando as escusas por ter sido a mesma enviada com  
45 apenas um dia de antecedência, acrescentando que as quatro solicitações de alteração feitas  
46 pelos representantes da C.N.C., da UNIMED, do PROCON e da FENASEG já haviam sido  
47 incorporadas ao texto da mesma. Tendo a referida ata sido aprovada por unanimidade, solicitou  
48 fosse assinada. O **Dr. Reinaldo**, em razão do IGO ter sido uma proposta da Agência na Câmara  
49 Técnica, consignou sua discordância com o que foi dito pelo Dr. Ricardo Nohra, registrado na ata  
50 da 17ª reunião, de que tal proposta tivesse sido feita pelos próprios integrantes daquela  
51 Câmara, inclusive pelo representante da medicina de grupo. Reafirmou a posição do seu  
52 segmento de ser favorável ao IGO, ratificando a solicitação do Dr. Arlindo no sentido de que o  
53 prazo para vigência do mesmo fosse postergado. A **Dra. Andréa**, em razão da sua ausência na  
54 última reunião da Câmara de Saúde Suplementar, apelou para que a Agência fizesse um esforço



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

55 de não desmarcar as reuniões previamente agendadas, pois isso dificultava a participação da  
56 sua entidade em discussões extremamente importantes para os consumidores, como as contidas  
57 na pauta daquela reunião. Disse que, como pode verificar na ata da reunião passada, um dos  
58 assuntos nela apreciado já estava resolvido pela Agência, transformando a reunião em  
59 meramente informativa, sugerindo que, nesses casos, se fizesse uma apresentação de caráter  
60 informativo, tornando desnecessária a contribuição das entidades naquele fórum. O **Dr.**  
61 **Januario** lembrou que na última reunião a Agência apresentou o seu pedido de desculpas e a  
62 sua justificativa pelo adiamento daquela reunião, manifestando sua discordância com referência  
63 à afirmativa de que a reunião foi de cunho meramente informativo, pois os dois assuntos da  
64 pauta já estavam com uma decisão construída para ser apresentada, e que tal construção teve  
65 pelo menos seis meses de discussão, nas várias instâncias, com a contribuição de todas as  
66 entidades participantes do processo, apesar de não ter havido consenso. Antes de entrar na  
67 apreciação dos assuntos da pauta, solicitou fosse formalizada a decisão da Agência quanto à  
68 atualização da Resolução CONSU nº 10 nos termos da legislação, referente à segmentação do  
69 rol de procedimentos, cuja necessidade tinha sido demandada pela Câmara de Saúde  
70 Suplementar, ressaltando que o respectivo material estava disponível tanto no disquete  
71 distribuído, como no *site* da Agência e que haveria o prazo de quinze dias para as manifestações  
72 sobre o mesmo. Propôs a inversão da pauta, apresentando-se, primeiramente, a proposta de  
73 RDC que tratava do sistema de informações, definindo regras para o envio de informações  
74 relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, que  
75 considerou muito importante porque significava a construção de informações consistentes para  
76 a ação da Agência nos casos em que o processo culminasse na possível liquidação da operadora  
77 e no leilão da carteira, e, posteriormente, a proposta de RDC que estabelecia as regras para  
78 alienação compulsória de carteiras de planos e assistências, ambas já em consulta pública. Não  
79 tendo havido discordância, passou a palavra ao Dr. Barroca para a apresentação do sistema de  
80 monitoramento. O **Dr. Barroca** iniciou dizendo tratar-se do monitoramento das operadoras de  
81 uma forma geral e que mantinha o formato do que estava sendo solicitado quanto à política de  
82 reajuste. Informou que os anexos que compunham a proposta estavam em conformidade com o  
83 DIOPS. Ressaltou que um primeiro grupo de informações assistenciais definido, só foi possível  
84 com a figura do coordenador de informações em saúde para manutenção do sigilo, e para que  
85 se pudesse fazer um monitoramento da qualidade da assistência prestada aos usuários, a  
86 Agência optou pela assistência materno-infantil como primeiro bloco de informações  
87 importantes. Registrou que a Agência estaria disponibilizando às operadoras um aplicativo para  
88 o envio das informações solicitadas e para sua utilização na emissão de relatórios gerenciais,  
89 passando a palavra ao Dr. Maurício para maiores explicações. O **Dr. Maurício** fez uma rápida  
90 apresentação do que seria o sistema de acompanhamento, abordando os seguintes pontos:  
91 objetivos, algumas características do sistema, detalhamento dos anexos a serem preenchidos e  
92 dos relatórios a serem gerados. Destacou como objetivo do sistema o monitoramento prévio da  
93 situação assistencial dos produtos oferecidos pelas operadoras e do desempenho econômico-  
94 financeiro de suas carteiras, possibilitando zelar pela manutenção da qualidade dos serviços  
95 assistenciais disponibilizados aos beneficiários, bem como a montagem de uma base de  
96 informações, considerada importante para a prévia regulação dos seus produtos. No tocante às  
97 características, disse que a proposta era composta de um conjunto de anexos, cujo  
98 preenchimento, bem como a geração de relatórios gerenciais, seria feito através de aplicativo a  
99 ser disponibilizado pela Agência às operadoras, onde estava contido um glossário explicativo de  
100 todos os termos e orientações claras de como fazer o preenchimento dos anexos. Explicou ainda  
101 que tais informações eram de caráter técnico-assistenciais e econômico-financeiras, que essas  
102 últimas não tinham vínculo imediato com registro contábil, porém, quando agregadas, deveriam  
103 ser condizentes com o representado nos registros contábeis das operadoras, e que, portanto,  
104 não estava se pedindo auditoria das mesmas, porque essa seria feita no fechamento contábil  
105 nas exposições do plano de contas. Acrescentou que a periodicidade do sistema era trimestral,  
106 seguindo o ano civil, sendo que a primeira entrega, prevista inicialmente para o terceiro  
107 trimestre desse ano, deveria ser feita até o último dia útil do trimestre subsequente, ou seja,  
108 com um interstício de três meses para o preenchimento. Disse que os cortes sugeridos nesse



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

109 sistema, acompanhando o padrão da RDC nº 66, foram: um corte por operadora, as de  
110 assistência médico-hospitalar subdivididas em maiores e em menores de 100 mil beneficiários, e  
111 as exclusivamente odontológicas subdivididas em maiores e menores de 20 mil beneficiários. O  
112 outro corte foi quanto aos tipos de planos, esclarecendo que a minuta de RDC distribuída  
113 continha uma imprecisão, que seria alterada para a mesma definição adotada pela RDC nº 66,  
114 quanto ao conceito de plano coletivo patrocinado e de não patrocinado e que esses foram  
115 divididos em: contratados por pessoas físicas, neles incluídos os contratados diretamente às  
116 operadoras, os planos individuais e familiares ou aqueles operados por autogestões não  
117 patrocinadas; contratados por pessoas jurídicas, os coletivos com patrocinador, onde havia  
118 algum tipo de responsabilidade de patrocínio da empresa contratante junto à operadora no  
119 tocante ao pagamento das mensalidades; e coletivo sem patrocínio, onde não havia esse tipo de  
120 previsão. O terceiro corte foi por beneficiário, ficando assim colocado: beneficiário exposto -  
121 aquele que contratou a própria operadora e usufrui majoritariamente do serviço de assistência  
122 médica prestado por essa operadora; beneficiário não exposto- aquele que a operadora, apesar  
123 de ter contrato com ele, repassa a outra operadora o fornecimento majoritário do serviço; e, do  
124 exposto não beneficiário, que seria o inverso da segunda situação- o caso de uma operadora  
125 que recebe um beneficiário de outra operadora mediante pagamento *per capita* ou por  
126 faturamento ou pagamento de serviço. Continuando sua explicação, disse que as operadoras de  
127 planos coletivos deveriam informar também os reajustes aplicados aos planos coletivos,  
128 explicitando se esses eram patrocinadas ou não, o percentual de reajuste, bem como o período  
129 de aplicação e a justificativa técnica do mesmo. No tocante a exames complementares e  
130 terapias, elencou alguns tipos de procedimentos destacando que no item de terapias estavam  
131 incluídas a quimioterapia, a radioterapia e a radiologia intervencionista, e os demais tipos de  
132 terapias estavam considerados num outro grupo. Ressaltou como um outro ponto importante a  
133 abertura do item “outras despesas”, que embora se soubesse que levaria algum tempo para que  
134 as operadoras tivessem um sistema de informação, fazia-se necessária a abertura desse item.  
135 Colocou que todo o sistema de acompanhamento era compatível com o do plano de contas e o  
136 do DIOPS. Reafirmando que um dos pontos desse sistema era a incorporação do  
137 acompanhamento assistencial que, na primeira etapa, estava sendo colocado o  
138 acompanhamento materno-infantil, razão pela qual pedia-se informações quanto ao atendimento  
139 aos recém-nascidos e complicações referentes à relação parturiente/recém-nascido. Para as  
140 carteiras de produtos odontológicos, ressaltou que a sistemática era a mesma do reajuste deste  
141 ano, onde se tinha o item de despesa vinculado ao rol de procedimentos vinculando, inclusive,  
142 os procedimentos ao rol, que já estava consolidado e tinha sido colocado previamente. Concluiu  
143 explicando que os relatórios a serem extraídos teriam preenchimento automático. O **Dr.**  
144 **Barroca** lembrou que esse tema estava em consulta pública, reafirmando a importância do  
145 que foi dito pelo Dr. Maurício de que o aplicativo, além de trazer as informações para a Agência,  
146 também disponibilizaria o relatório gerencial para as operadoras, o que poderia ajudar àquelas  
147 que ainda estavam sem sistema de informação implantado. A **Dra. Andréa** questionou se a  
148 rede credenciada estaria sendo tratada no sistema, pois a mudança de rede credenciada era um  
149 dos grandes problemas, tanto no PROCON quanto no IDEC, solicitando que fosse incorporada  
150 alguma forma de controle desse acompanhamento, caso não estivesse contemplado. O **Dr.**  
151 **Barroca** respondeu à Dra. Andréa que, como o assunto ainda não estava contemplado, poderia  
152 acolher a sua sugestão no sentido de que houvesse algum monitoramento da rede prestadora  
153 diretamente pelo CNPJ do hospital, apesar de considerar que ao se fazer um acompanhamento  
154 do número de eventos realizados, já se teria um indicativo de suporte à assistência. A **Dra.**  
155 **Lúcia Helena** reforçou a solicitação no sentido de que houvesse esse monitoramento, pois era  
156 comum por parte das operadoras o descredenciamento tanto da rede hospitalar, como de  
157 médicos, laboratórios e clínicas, e o não-credenciamento de outros prestadores, gerando  
158 inúmeras reclamações nos órgãos de defesa do consumidor. Disse ainda, que as operadoras  
159 estavam descumprindo a legislação que impõe a elas o dever de informar aos consumidores e à  
160 Agência, com antecedência mínima de trinta dias, sobre o descredenciamento. A **Dra. Cibele**,  
161 como representante do Ministério do Trabalho e Emprego, questionou se o sistema apresentado  
162 era compatível com outros já existentes na saúde, porque, no seu entendimento, como ele



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

163 estava sendo organizado, isso precisaria acontecer. Disse que seria importante que se atentasse  
164 para a compatibilização, pois era uma reivindicação antiga das entidades que no futuro se  
165 tivesse informações sobre agravos relacionados com o trabalho em qualquer atendimento, seja  
166 no SUS, seja no setor de saúde suplementar, visando um acompanhamento voltado à saúde dos  
167 trabalhadores. O **Dr. Barroca** respondeu que se estava trabalhando junto ao Ministério da  
168 Saúde no sentido de fazer essa compatibilização, mas havia o problema dos códigos da AIH não  
169 serem os mesmos utilizados pelo mercado de saúde suplementar, porém como esse sistema  
170 estava em construção e era a primeira tentativa de monitoramento contínuo do setor de saúde  
171 suplementar, buscava-se essa compatibilização, até como um dever. O **Dr. Vítor** considerou  
172 extremamente importante o esforço no sentido de conseguir informações adequadas e  
173 concordou com a Dra. Cibele no sentido de que esse sistema fosse o quanto antes  
174 compatibilizado não só com a questão ligada especificamente à saúde do trabalhador, mas  
175 também com as informações voltadas para o atendimento da população economicamente ativa,  
176 a população trabalhadora e a das empresas. Considerou, apesar de ainda modesto,  
177 importantíssimo o grupo de informações solicitadas, onde se estava começando a dar ênfase na  
178 questão de qualidade, e que seria bom que se avançasse no sentido de obter mais informações  
179 sobre razões de internação e as soluções dadas. Em relação à informação sobre o grupo de 15 a  
180 49 anos do sexo feminino, considerou que essa informação ficou isolada, pois se teria apenas o  
181 número de clientes e de saídas por óbito, recomendando que essa fosse incluída na tabela para  
182 que pudesse ser cruzada com outras que estivessem embaixo. Disse que seria importante o  
183 esforço no sentido de incluir outras idades e sexo, não ficando restrito apenas à faixa de 15 a 49  
184 anos e ao sexo feminino. Em relação às tabelas referentes à área odontológica, considerou  
185 desnecessária: a linha que indicava exames complementares, a não ser que esses fossem  
186 exames radiológicos, porque os outros tinham uma prevalência muito pequena; e, o corte nas  
187 operadoras com até 20 mil beneficiários e mais de 20 mil, que na sua opinião, poderia ser uma  
188 só tabela. A **Dra. Andréa** questionou se as informações que a Agência estaria tendo acesso  
189 com a implantação e aprimoramento do sistema de acompanhamento, seriam disponibilizadas  
190 para a sociedade ou teriam tratamento sigiloso, entendendo que algumas delas não poderiam  
191 ser disponibilizadas. Disse que outras sugestões de sua entidade, inclusive com referência a  
192 monitoramento de qualidade, seriam feitas no decorrer do prazo da consulta pública. O **Dr.**  
193 **Egberto** solicitou que o prazo da consulta pública fosse prorrogado até o final de junho e que  
194 as informações requeridas passassem a ser obrigatórias não no terceiro trimestre de 2001, mas  
195 a partir de julho de 2002, coincidindo com a obrigatoriedade do plano de contas. Argumentou  
196 que até mesmo para reajuste as pequenas operadoras não teriam de informar com tanto  
197 detalhamento, e da forma como estava sendo colocado passava a ser obrigatório, o que não  
198 estava previsto para as pequenas operadoras nesse primeiro momento, nem no plano de contas.  
199 O **Dr. Barroca**, em relação à observação do Dr. Vítor referente ao período de 15 a 49 anos para  
200 as informações sobre a mulher, esclareceu que se estava focando essa questão como evento  
201 sentinela porque muitas operadoras não tinham nenhuma informação a esse respeito,  
202 reforçando que se estava começando com ferramentas mais simples para que se pudesse obter  
203 as informações, mas que as sugestões de ampliação das mesmas deveriam ser encaminhadas  
204 para que isso fosse acontecendo progressivamente, pois o que estava sendo chamado de  
205 sistema de acompanhamento de produtos não era necessariamente o que valeria para os  
206 próximos cinco anos. Esclareceu, ainda, que toda e qualquer operadora do mercado, não só as  
207 que comercializam, teriam de prestar as informações. Respondendo à questão apresentada pela  
208 Dra. Andréa, disse que a Agência pretendia disponibilizar as informações consolidadas. Quanto à  
209 solicitação do Dr. Egberto, reafirmou que o que se estava pedindo deveria ser absolutamente  
210 compatível com o plano de contas, e que era necessário que essas informações estivessem  
211 disponíveis no momento do reajuste. O **Dr. Reinaldo** disse que o seu segmento entendia que a  
212 Agência precisava obter as informações pretendidas, mas que tinha preocupação quanto ao grau  
213 de detalhamento frente à questão ética, sugerindo a criação de um grupo de trabalho na  
214 Agência para discutir isso. Concordando com o Dr. Egberto, pediu que o prazo da consulta  
215 pública fosse postergado tendo em vista o nível de informação, alertando ainda que seria difícil  
216 começar a cumprir a medida no terceiro trimestre deste ano, porque as informações teriam de



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

217 ser buscadas junto aos prestadores de serviço, até para criar, por exemplo, a obrigatoriedade da  
218 colocação do CID em todo o sistema, nos casos relacionados a partos e a recém-nascidos, o que  
219 muitas vezes não era feito pelo médico. Ressaltou que existiam operadoras pequenas com  
220 dificuldades que ainda estavam regularizando sua situação junto à Agência, adaptando-se às  
221 RDC's do plano de contas, do ressarcimento ao SUS, além das informações a serem prestadas  
222 no DIOPS, argumentando que, apesar de concordar com o que estava sendo solicitado, o curto  
223 prazo estava gerando impacto financeiro nas operadoras com custo administrativo, e que um  
224 prazo maior ou a implantação mais gradual com escala de prioridade proporcionaria números  
225 mais consistentes sem gerar dificuldade nem aumento de custo. O **Dr. Pedro Pablo** elogiou a  
226 preocupação da Medicina de Grupo com a ética médica, mas disse que esse documento foi  
227 analisado pela Diretoria do C.F.M., bem como por seus representantes na Câmara de Saúde  
228 Suplementar, e não foi detectado impedimentos éticos para a consecução do trabalho. O **Dr.**  
229 **Barroca**, em relação às operadoras odontológicas com até 20 mil usuários, esclareceu que os  
230 exames complementares eram os radiológicos. Disse que, em razão da preocupação da Agência  
231 com as pequenas operadoras, estava-se disponibilizando o *software* exatamente para reduzir o  
232 impacto do custo operacional, como lembrou o representante da ABRAMGE, uma ferramenta  
233 voltada para a melhoria da qualidade da prestação e da eficiência gerencial, e que a Diretoria  
234 Colegiada da Agência estava confortável com a compatibilidade com o DIOPS. O **Dr. Heráclito**  
235 manifestou sua concordância com a necessidade de disponibilização de informações, porém  
236 ratificou a proposta do Dr. Reinaldo no sentido de se formar um grupo de trabalho para que o  
237 assunto fosse mais discutido, avaliando melhor alguns impactos para que as operadoras  
238 pudessem adequar-se à exigência da forma mais tranqüila e pacífica. Concordou com a  
239 solicitação de prorrogação do prazo para consulta pública, pois isso daria mais de tempo para  
240 aprofundar a discussão com todas as seguradoras. Disse que o fato de não haver impedimentos  
241 éticos quanto às informações representava um avanço em relação a algumas ações que houve  
242 no passado de fornecimento do CID-10 em caso de internação. O **Dr. Carlos Squillaci**  
243 concordou com o Dr. Vítor de que não se justificava a divisão de operadoras odontológicas com  
244 mais de 20 mil e menos de 20 mil, pois nesse setor uma empresa de 100 mil beneficiários era  
245 considerada microempresa se comparada com outra de plano de assistência médico-hospitalar,  
246 em termos de faturamento e de nível de exigência, devendo todas as odontológicas ser  
247 consideradas como pequenas. A **Dra. Lúcia Helena**, quanto às informações individualizadas e  
248 consolidadas, solicitou esclarecimento se seriam por produto ou por região. Disse não entender  
249 qual era o grau de dificuldade das operadoras em repassar as informações para a Agência, pois  
250 em alguns casos de reclamações recebidas pelo PROCON, algumas operadoras elencavam  
251 quantas vezes o usuário esteve no médico, em que caso, com que profissional, quantas vezes  
252 realizou determinado exame, quantas vezes esteve internado etc, significando que as  
253 informações existem, o que viabilizava o repasse das mesmas à Agência para que houvesse  
254 monitoramento desse setor com mais embasamento. O **Dr. Onécio** considerou fundamental a  
255 criação de uma câmara técnica para análise do assunto, tendo em vista principalmente os  
256 ótimos resultados conseguidos nas câmaras técnicas anteriores, reforçando essa idéia para  
257 maior discussão do assunto. A **Dra. Cibele** questionou se as informações sobre mulheres de 15  
258 a 49 anos, uma faixa etária na qual a maioria estaria inserida no mercado de trabalho, trariam  
259 os eventos relacionados com o trabalho, ao que o **Dr. Barroca** respondeu que era para  
260 qualquer tipo de evento, não havendo essa categorização. O **Dr. Eduardo**, como representante  
261 da Federação Brasileira de Hospitais, reforçou o que foi dito com relação à rede credenciada,  
262 entendendo que a Agência deveria controlar o descredenciamento dos prestadores de serviço  
263 pelas as operadoras. O **Dr. Albucacis** apoiou a sugestão de criação de uma câmara técnica  
264 para discussão do monitoramento. Quanto à rede credenciada, considerou de fundamental  
265 importância que houvesse um acompanhamento, sabendo-se que as operadoras muitas vezes  
266 tinham de descredenciar e não credenciar novamente por causa do número de usuários na  
267 respectiva região, não se podendo ter o entendimento de que se descredenciou teria de  
268 credenciar, reforçando que o acompanhamento não poderia focar apenas se a medida foi  
269 simplesmente estratégica, mas efetivamente de controle de custo. Quanto à questão da ética,  
270 apesar do representante do C.F.M. ter afirmado que não haveria problema, disse ser uma



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

271 preocupação das operadoras, por exemplo, o fornecimento de CIDs individualizados, e por isso  
272 achava importante essa discussão numa câmara técnica. A **Dra. Lynn** considerou importante  
273 registrar a necessidade da inclusão de monitoramento de qualidade no acompanhamento de  
274 alguns segmentos. Quanto à questão materno-infantil, disse que sua entidade tentaria mandar,  
275 durante o prazo de consulta pública, uma proposta de indicadores dando um evento de sentinela  
276 um pouco mais amplo, porque, apesar de o atendimento materno-infantil ser muito importante,  
277 outras doenças como AIDS e câncer eram grandes problemas de saúde. Assim, reafirmou que  
278 tentariam formar alguns indicadores clássicos de eventos que refletem problemas na assistência  
279 básica, como, por exemplo, o câncer de mama avançado. Disse ainda que era muito importante  
280 que se iniciasse logo a coleta de dados e que a formação de uma câmara técnica poderia  
281 postergar desnecessariamente o início desse processo de coleta. Ressaltou a importância de se  
282 ter mecanismos formais, como afirmou o representante da FBH, de acompanhamento da rede  
283 credenciada, pois o credenciamento e o descredenciamento refletiam no padrão de custo e nos  
284 direitos do consumidor. O **Dr. Pedro Pablo**, em nome do C.F.M., disse que o sigilo era ponto  
285 pacífico a ser preservado, mas que na proposta, como o paciente não era identificado, não  
286 existia quebra de sigilo médico, por isso se posicionava desfavorável à criação de uma câmara  
287 técnica para estudar esse assunto, até porque as dúvidas que aparecessem ao longo do tempo  
288 poderiam ser objeto de reavaliações e aprimoramentos. O **Dr. Barroca** reforçou que a consulta  
289 pública estava aberta para receber sugestões e colaborações documentadas, e que a Agência  
290 pretendia abrir uma câmara técnica para discutir sistema de acompanhamento para o seu  
291 aperfeiçoamento, mas naquele momento para essas informações já discutidas previamente,  
292 exceto em relação ao quadro assistencial materno-infantil, não via essa necessidade. No que se  
293 refere ao controle de rede, principalmente da rede hospitalar, disse que a Agência vinha atuando  
294 em relação à substituição de prestadores e ao redimensionamento da rede pela capacidade  
295 assistencial, mas que o tema, tanto no tocante à qualidade quanto ao acompanhamento de  
296 rede, exigia muita discussão. Considerou oportuna a prorrogação de prazo da consulta pública,  
297 sugerindo, assim, se acatada pela Presidência, que se fizessem propostas separadas: uma, da  
298 ampliação do prazo da consulta pública; outra, da instalação prévia de uma câmara técnica. O  
299 **Dr. Januario** acatou a proposta de prorrogação do prazo da consulta pública até 22 de junho,  
300 considerando a mesma razoável para que houvesse um aprofundamento do tema, visando seu  
301 permanente aperfeiçoamento. Por outro lado, lembrou que as questões referentes ao  
302 monitoramento e ao leilão de carteiras estavam sendo construídas há bastante tempo, sendo  
303 necessário que se começasse a consolidação de um sistema de informações consistentes da  
304 assistência à saúde no setor privado, e, por isso, não parecia razoável estabelecer uma câmara  
305 técnica naquele momento. Considerou essa câmara mais oportuna a partir das sugestões que  
306 seriam enviadas e da necessidade de aprofundamento do tema por parte da Agência, que  
307 poderia ter um prazo maior e trazer para a discussão a figura do coordenador de informações,  
308 ressaltando que poderia ser construído um padrão de atuação desse coordenador no âmbito da  
309 operadora, resguardando as questões éticas relativas ao atendimento e à migração de  
310 informações. Disse que a figura do coordenador de informações foi criada exatamente para que  
311 as questões relacionadas a procedimentos internos pudessem ser viabilizadas. Registrou que a  
312 lógica de solicitação de informações apresentada foi utilizada exatamente para que as próprias  
313 operadoras tivessem condições de planejar o volume final das mesmas a ser exigido pela  
314 Agência e que esse trabalho de priorização era uma preocupação para fechar esse sistema,  
315 porque a área de monitoramento assistencial, considerada prioritária, estava muito defasada.  
316 Quanto à inclusão de instrumentos de verificação de credenciamentos naquele material, disse  
317 que as propostas deveriam ser formalizadas lembrando que credenciamento de prestação de  
318 serviço seria assunto da pauta da próxima reunião, por solicitação do Conselho Federal de  
319 Medicina e outros órgãos, ocasião em que se poderia aprofundar essa questão considerada pela  
320 Agência como fundamental, ressaltando a necessidade de regulamentação conjunta. Passou ao  
321 outro ponto da pauta: a apresentação e discussão da proposta de RDC para leilão de carteira,  
322 salientando a importância estratégica de definição dessa matéria para a atuação da Agência,  
323 pois houve dois casos de liquidação de operadora, em que a não modelagem de uma sistemática  
324 para alienação foi um fator restritivo de uma ação mais ampla. Disse, ainda, que esse tema



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

colocava a perspectiva de mediar a discussão de uma situação eventualmente em desequilíbrio com a forma de resolver a continuidade da assistência, passando a palavra ao Dr. Barroca e sua equipe para apresentação da proposta. O **Dr. Barroca** solicitou ao Dr. Zettel que fizesse a exposição da matéria. O **Dr. Zettel** iniciou dizendo que: o marco legal para alienação de carteira em forma de leilão estava previsto na Lei nº 9.656, art. 24, quando menciona a continuidade da qualidade da assistência; os casos de penalidade estavam no inciso VI do art. 25, assim como na própria RDC nº 24; e a realização de operações financeiras, previstas no art. 21 da lei, por práticas nocivas à política de saúde. Disse que a Diretoria Colegiada da ANS decidiria sobre o leilão por penalidade, por proposta da direção fiscal/técnica ou, a qualquer tempo, pelas condições citadas no art. 24, depois de julgadas, e que, a alienação com o leilão da carteira teria início imediatamente após a decretação da liquidação extrajudicial da operadora. Destacou que as principais premissas da Resolução para alienação de carteira eram: totalidade da carteira, que pode ser de forma integral ou de forma fracionada; não haver lance, sendo gratuita ou apenas por um valor simbólico; e proposta única ou conjunta com duas ou mais operadoras, não sendo permitida a participação de uma mesma operadora em mais de uma proposta. Explicou que os objetivos dessas premissas eram: estimular uma maior participação de operadoras no leilão de carteiras; garantir melhores condições de absorção de todo o universo de consumidores, podendo ser leiloada na sua totalidade ou até fracionada; e, avaliação pelas condições mais benéficas para os beneficiários vinculados à operadora liquidada, daí a gratuidade e o lance simbólico. Quanto à operacionalização, disse que seria constituída uma Comissão Permanente de Alienação responsável pela elaboração do laudo de avaliação e pela proposição das condições específicas, sendo que essa Comissão completaria o processo, inclusive com o julgamento, a ser submetido para validação pela Diretoria Colegiada. Quanto ao laudo de avaliação, colocou dois tópicos que a Agência iria disponibilizar: o cadastro de beneficiários e a expectativa de receita baseada no cadastro, sendo que outras informações seriam divulgadas quando disponíveis na operadora liquidada. Justificou que o cadastro de beneficiários seria disponibilizado, mesmo que a Agência tivesse de dar um prazo para formatá-lo, pois no caso concreto que ocorreu a maioria das informações não estava disponível na operadora, ressaltando que a expectativa de receita era exatamente em função desse cadastro. Explicou que as condições específicas de participação no leilão eram: a estrutura de oferta, o prazo mínimo das condições contratuais em vigor e o prazo de cadastramento da opção dos beneficiários junto à operadora adquirente, e que as demais condições estariam previstas no edital. Quanto aos requisitos básicos para participação das operadoras, enumerou: a qualificação técnica, que estaria bem discriminada no edital; a qualificação econômico-financeira; a necessidade de atuação no País, pelo prazo mínimo de dois anos; e a regularidade junto Agência. Apresentando a conclusão do processo, disse que o mesmo seria por homologação do resultado pela Diretoria Colegiada da ANS, após o laudo final da Comissão Permanente e a transferência através do termo de alienação assinado pelas partes. Destacou dois aspectos em relação à operadora que iria adquirir a carteira: a não transferência de qualquer responsabilidade por obrigações ainda decorrentes de dívidas contraídas com a prestação de serviço aos beneficiários, e, quando realizada a alienação nas condições do art. 15 da Medida Provisória nº 1.990-32, relativa a Imposto de Renda, não acarretaria responsabilidade tributária, nos termos do art. 133 do Código Tributário Nacional, que fixa essa responsabilidade. Finalizando, colocou o e-mail [alienacarteira@ans.saude.gov.br](mailto:alienacarteira@ans.saude.gov.br) disponibilizado para o recebimento das sugestões, lembrando que o prazo limite era o dia 08 de junho. O **Dr. Barroca**, agradecendo a explanação, ressaltou que quando se falava em operadora liquidada, deveria ser entendida como liquidanda, lembrando que a intenção era de se publicar, no Diário Oficial da União e em jornal de grande circulação, o edital com as condições de participação no dia posterior à decretação da liquidação, a fim de se garantir melhores condições aos clientes. Ressaltou, ainda, que se poderia agrupar usuários de várias operadoras em processo de liquidação, de maneira a possibilitar maior concorrência e interesse por parte de eventuais interessados na aquisição, dizendo estar claro, no Código Tributário Nacional, que quando o Poder Público promove a alienação um possível passivo tributário fiscal não acompanha a massa de beneficiários. O **Dr. Egberto** considerou mais adequado que as condições benéficas aos usuários fossem estabelecidas pela Comissão Permanente de Alienação. Em relação à questão



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

tributária, entendeu salutar o tipo de não-incidência permitido na medida provisória, sugerindo que esse dispositivo fosse incorporado pela Lei nº 9.656 e extensivo aos débitos trabalhistas que pudessem ser suscitados, porque os usuários eram considerados patrimônio da operadora. O **Dr. Barroca** enfatizou que o consumidor não era considerado patrimônio da empresa e que esse estaria migrando para um plano novo, por isso era necessário deixar clara as condições que estavam sendo dadas para a adesão e que a concorrência fosse pelo maior número de mensalidades ainda no preço antigo, sem interrupção da assistência, estabelecendo que não seria considerada carência e doença ou lesão preexistente. O **Dr. José Francisco**, considerando que no texto da RDC não estava claro, perguntou a quem caberia a responsabilidade pelos débitos ou pelo passivo dos serviços já prestados, pois havia sido dito que a operadora que assumisse a carteira não ficaria com tal responsabilidade financeira. O **Dr. Carlos Squillaci** manifestou que, no seu entendimento, a proposta de alienação era autoritária e demagógica, pois dar esse poder à Diretoria da Agência significava negar a sua principal missão -a de fiscalizar e promover o equilíbrio econômico-financeiro e social desse sistema de saúde no País. Disse que, da maneira como foi colocada, ao invés de trazer solução, contribuiria para a quebra do sistema, principalmente dos credores da operadora em liquidação, como hospitais, clínicas etc., prejudicando o consumidor, porque esse passivo da operadora não seria de responsabilidade da eventual compradora da carteira, perguntando porque esses credores não poderiam candidatar-se ao leilão com os seus passivos a descoberto. O **Dr. Reinaldo** disse que a ABRAMGE entendia, mas não concordava com esse leilão gratuito, pois a carteira liquidada poderia passar para outra operadora por qualquer valor, e os seus clientes eram fonte de uma receita que poderia diminuir o seu passivo. Salientou que uma operadora poderia chegar à falência ou ter dificuldade para cumprir seus compromissos por ter vendido produtos por preço muito baixo, e a operadora que assumisse essa carteira estaria criando dificuldades para ela. Considerou necessário se prever na norma a possibilidade de atualização do preço que estivesse abaixo da nota técnica. O **Dr. Januario**, referindo-se ao que disse o Dr. Squillaci, registrou a surpresa da Agência com a avaliação de que a proposta tivesse qualquer arbitrariedade ou ação no sentido de inviabilizar o setor de saúde suplementar, até porque os procedimentos de alienação de carteira estavam previstos no marco regulatório com dois objetivos: um, punitivo, como grau máximo a uma operadora que não atendesse à regulamentação; e outro, o principal, de garantia de assistência no caso de intervenção, exatamente o que se estava buscando. Registrou que a liquidação de uma operadora era um rito processual extremamente fundamentado em mecanismos já desenvolvidos pela Agência, e essa não agiu, em nenhum momento, com a intenção de implantar um sistema geral de liquidação das operadoras, embora pudesse liquidar operadoras que não estivessem em condições de garantir a assistência a seus usuários, destacando que o foco, a partir daquele momento, estaria também na discussão com credores e dos eventuais débitos com prestadores da massa liquidada e que a carteira de usuários não estava sendo considerada como um ativo da operadora nesse processo. Disse que o sistema era de leilão ao qual as operadoras também iriam aderir e qualquer valor comercial que essa carteira pudesse ter, a opção foi de que ele redunde em manutenção do maior tempo possível para o usuário da operadora liquidada, buscando a garantia da continuidade do atendimento, o que não implicava numa interferência na movimentação normal do mercado, fora do momento da intervenção, como cisão, fusão, venda etc., o que já estava regulamentado. Ressaltou que a Agência tinha preocupação com a dívida com os prestadores, mas priorizou a da continuidade do atendimento. A **Dra. Lúcia Helena** disse que o PROCON e os órgãos de defesa do consumidor, diante de algumas práticas abusivas do mercado, consideravam necessário que houvesse uma regulação específica para a questão da continuidade da prestação de serviços ao consumidor no caso de alienação de carteira. Pediu esclarecimentos sobre: se os contratos a serem oferecidos estariam adequados à legislação; os critérios para definição dos lotes, pois poderia existir carteiras desejáveis e não desejáveis comercialmente, e, no seu entendimento, haveria o agrupamento de carteiras para formar determinado lote; em havendo mais de uma empresa interessada em determinado lote, como o consumidor poderia escolher, entendendo que o consumidor deveria poder optar entre as empresas habilitadas no caso da união de empresas para aquisição de lote, se haveria avaliação da situação econômico-financeira conjunta



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

ou individualizada, posto que cada uma administraria individualmente seu “lote”, observando que entende que a avaliação deve ser por operadora, considerando a necessidade de manutenção das condições econômico-financeiras dos contratos adquiridos; como ficaria a questão do registro da empresa responsável, que comprasse de uma forma e administrasse de outra. Disse ter preocupação também com a revisão dos valores, da manutenção do nível de atendimento, do padrão de cobertura, da rede credenciada e da abrangência geográfica, ressaltando que era necessário que o consumidor tivesse os seus direitos contratualmente previstos preservados. Disse ainda que, enquanto não fosse dada ao consumidor a possibilidade de mobilidade, ficaria difícil discutir a alienação de carteira. O **Dr. Barroca** lembrou que a Câmara Técnica de Reajuste seria reaberta no próximo mês, onde se estaria discutindo a proposta de mobilidade, concordando que a ausência de regulamentação dessa questão era uma falha, pois o consumidor ficaria sem alternativa no caso de nenhuma operadora se habilitar. Ressaltou que se estava falando de um instrumento que se pretendia fosse cuidadoso e ágil o suficiente para proteger um grupo de usuários cuja assistência pudesse ser do interesse de alguma operadora, e que dentro do sistema econômico existente hoje, baseado no mutualismo e não na capitalização, não se podia impedir o consumidor de ir para outra operadora. Quanto à questão do lote considerou importante, dizendo que a base do mesmo era exatamente a abrangência geográfica. Deixou claro que os critérios de habilitação não se somavam, ou seja, a empresa teria de ter, individualmente, habilitação necessária para dar o tipo de atendimento para aquele lote, dizendo que se mais de uma empresa se habilitasse o consumidor poderia escolher dentro das condições que fossem oferecidas, considerando ilógico estabelecer uma concorrência entre as pré-habilitadas, pois isso tornaria inviável o leilão pela impossibilidade de se ver o princípio da massa como um todo. Esclareceu que os contratos seriam novos, com um produto compatível, e, talvez, com um padrão de acomodação menor, mas dentro da cobertura da lei. Quanto à questão de preço, informou que não se iria exigir, no leilão, que uma operadora que praticava um determinado preço consubstanciado em nota técnica reduzisse o mesmo, pois o que se estava colocando nas condições de concorrência era a necessidade do maior número de contraprestações pecuniárias dentro do que o consumidor vinha pagando. O **Dr. Pedro Pablo** disse que sua preocupação era com o exercício ético da Medicina, com a relação médico-paciente calcada na confiança cujo princípio básico era a livre escolha, e, que por isso, ao absorver a clientela seria importante que a operadora absorvesse também o prestador de serviço credenciado. Quanto à questão do lote, disse que não seria um negócio tão generoso quanto se falava, pois a empresa que estivesse simbolicamente comprando outra com o sentido de proteger o usuário, estaria recebendo uma mensalidade, e que a idéia de um lote de pessoas era perversa. A **Dra. Andréa** reiterou as últimas colocações feitas pela Dra. Lúcia Helena. Com relação ao critério para definição dos lotes, considerou razoável que fosse o da abrangência geográfica, mas que seria fundamental explicitar isso no texto da Resolução para que não houvesse predeterminação de lote, com critérios que levassem em consideração idade e histórico de doenças, reiterando ainda o posicionamento do C.F.M. de que era inaceitável fazer lotes de pessoas. Disse entender que o grande objetivo das operadoras era ter uma ampliação do número de consumidores conveniados, o que torna o leilão de carteiras uma ótima oportunidade; sendo assim, a Resolução poderia estabelecer critérios muito mais rígidos, como a obrigatória manutenção da rede credenciada, valores e outras condições que os usuários já tinham no contrato anterior. Quanto à seleção por parte das empresas habilitadas, disse que, na verdade, a opção deveria ser do consumidor, caso contrário, além de ter sido prejudicado pela operadora anterior que “quebrou”, deveria ter que se adequar à situações inferiores ou com preços superiores, tornado o leilão absolutamente ruim ou inútil para o consumidor. Questionou o procedimento a respeito do agrupamento das operadoras no momento da proposição e a divisão no momento de efetivamente administrar, reafirmando a absoluta e inadiável necessidade de definição sobre a questão da mobilidade. O **Dr. Pedro Fázio** disse que via esse processo com cautela, pois ele tratava de uma parcela talvez ínfima do mercado que vai ser obrigada a passar por essa situação, até porque existiam diversos mecanismos, opções do consumidor e das empresas e ações da própria Agência para evitar que o processo culminasse na alienação, considerando que essa situação seria o retrato do insucesso absoluto de uma



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

487 empresa. Ponderou que, num processo de alienação, fazia-se necessária a consciência social  
488 para que fossem criadas alternativas e, não, obstáculos, pois essa era uma situação mais social  
489 do que comercial. Como representante da FENASEG, explicitou sua dúvida quanto à reserva,  
490 pois as seguradoras já tinham uma carga de reserva maior do que de outras operadoras e,  
491 numa competição e manutenção de mensalidade, se elas poderiam deixar de fazer a reserva. O  
492 **Dr. Barroca**, primeiramente explicou que quando se falava de lotes, evidentemente esses não  
493 eram de pessoas e, sim, de contratos, e que não se estava tentando impedir o direito de escolha  
494 do consumidor. Concordou com o Dr. Pedro Fázio de que esse era um instrumento extremo,  
495 mas que o processo era de concorrência. Quanto à questão levantada sobre a reserva, disse que  
496 ainda não havia posição da Agência, solicitando que fossem remetidas sugestões. Considerou  
497 muito importante a discussão que se teria sobre credenciamento e descredenciamento, inclusive  
498 sobre o que era tratamento continuado, o direito ao reembolso e à livre escolha, etc. O **Dr.**  
499 **Samir Bittar** ressaltou a necessidade de preservação do profissional quando se cogitava das  
500 perdas que os prestadores, especialmente os hospitais e os médicos, concordando que não  
501 caberia entrar nesse mérito. Porém, disse que a situação seria menos danosa a esses  
502 prestadores se lhes fosse assegurada a continuidade de assistência pela empresa que  
503 assumisse. Com referência à questão do lote, sugeriu que o termo fosse substituído por grupo  
504 de usuários, propondo que não houvesse seleção das operadoras, havendo uma habilitação por  
505 oferta de melhor serviço e que os usuários tivessem a oportunidade de escolha, sem  
506 determinação específica de lote. Sugeriu ainda que a questão das condições mais benéficas e a  
507 possibilidade de uma escolha fossem melhor detalhadas. Disse que, tão importante quanto a  
508 questão do preço, era também a rede de assistência, assim como a localização da operadora.  
509 Por fim, informou que, em virtude da situação pela qual passava a classe médica, a Associação  
510 Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina haviam enviado uma correspondência, ainda  
511 sem resposta, à ABRAMGE, ao CIEFAS, à FENASEG e à ABRASPE, solicitando agendamento de  
512 um diálogo sobre honorários médicos, no sentido de evitar dificuldades para a operacionalização  
513 do sistema de saúde suplementar. O **Dr. Celso Barros**, referindo-se às dificuldades  
514 conjunturais existentes e a insatisfação já comentada dos atores do sistema, colocou que há  
515 cerca de dois anos manifestou a sua preocupação, junto à Agência, com algumas operadoras  
516 que colocavam seus preços muito abaixo e arrebanhavam muitos clientes, supondo que lhes  
517 seria garantida uma assistência plena, o que não acontecia e causava alguns problemas,  
518 ressaltando que, numa situação de leilão, seria muito difícil que alguma operadora se habilitasse  
519 a pegar essa massa com mensalidades extremamente baixas. Disse que, com todas as  
520 exigências da lei, com a ação da ANS e a documentação ora solicitada, haveria um aumento de  
521 custo para a operadora interessada na carteira, embora, como estava colocada na proposta,  
522 essa teria o mínimo de condições de saber qual o preço pago pelo cliente para avaliar a situação  
523 que era muito mais social do que comercial. A **Dra. Lúcia Helena** solicitou que fosse  
524 prorrogado o prazo da consulta pública também sobre essa matéria, dada complexidade da  
525 mesma e a necessidade de mais discussão, registrando sua preocupação com a alienação  
526 voluntária de carteiras, pois, muitas vezes, as empresas que as assumiam não tinham condições  
527 de dar continuidade adequada ao atendimento, razão pela qual insistiu para que houvesse um  
528 acompanhamento da ANS nesse caso na medida que não há, por parte da Agência, avaliação  
529 econômico-financeira da empresa que adquire voluntariamente uma carteira. **Dr. Januario** disse  
530 que o prazo da consulta pública sobre a alienação de carteira estava prorrogado até o dia 22 de  
531 junho, porque considerava aquele instrumento como fundamental no processo de  
532 regulamentação e a Agência precisava dispor de mecanismos preventivos para a sua ação,  
533 repetindo que não se estava propondo essa sistemática para que se entrasse num processo de  
534 liquidações e leilões. Disse que a Agência não pensou, como fora sugerido, em credenciamento  
535 de operadoras interessadas, onde o consumidor pudesse optar por uma delas, que não havia  
536 estabelecimento de garantias nem mesmo para aquela que ganhasse o leilão pelo critério de  
537 mais vantagens para o consumidor, pois a mesma não teria como certa a adesão do conjunto de  
538 usuários que compunham a carteira leiloada, e o que estava se tentando construir, mediante  
539 debate, era um mecanismo de indução de garantias mútuas à todos os agentes para que  
540 entrassem no processo com vistas à proteção do usuário. Por isso, reafirmou que a Agência



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA OITAVA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.05.2001

continuava aberta a sugestões, mas que era preciso ficar claro que o que se propôs era um sistema de leilão ao qual o usuário iria aderir se quisesse. O **Dr. Pedro Pablo**, em relação ao rol de procedimentos de alta complexidade, reiterou a posição de sua entidade, manifestada na última reunião, de discordância quanto ao mesmo por entender que diz respeito a quem o executa, não ao agente financeiro, argumentando que alguns procedimentos excluídos tinham alto custo pela sua prevalência, considerando injusto quando um indivíduo necessitava, por exemplo, de uma quimioterapia e não pudesse ter o atendimento em função do tempo, acabaria no SUS. O **Dr. Carlos Squillaci** reiterou a reivindicação do seu segmento quanto a necessidade urgente de criação de uma câmara técnica para aprofundar a discussão sobre os procedimentos relativos aos planos odontológicos, visando: o aprimoramento do rol, estabelecendo níveis de qualidade; o estudo da questão da recorrência; e a especificação dos exclusivamente estéticos. O **Dr. Alarcon** endossou a manifestação feita pelo Dr. Squillaci, considerando extremamente válidas as suas reivindicações. Disse ainda que foram muito bem recebidos os descontos concedidos nas taxas das operadoras de odontologia. O **Dr. Januario** respondeu aos representantes da Odontologia que a Agência estaria encaminhando por intermédio da DIPRO a análise da proposta, no sentido de se reabrir a discussão geral, incluindo especificamente os procedimentos odontológicos. Solicitou à Dra. Maria Stella que fizesse um informe importante. A **Dra. Maria Stella** informou que no mês de junho a Agência estaria inaugurando a sua central de atendimento e que já se estava trabalhando em consonância com o DisqueSaúde no treinamento dos funcionários, para consulta e denúncia dos consumidores. Acrescentou que a mesma seria amplamente divulgada, inclusive com publicação de materiais de orientação aos consumidores, os quais seriam distribuídos aos órgãos de defesa do consumidor de todo o Brasil e também aos núcleos e unidades de fiscalização da ANS. O **Dr. Januario**, agradecendo a presença e a participação de todos os representantes com assento no fórum, deu por encerrada a 18ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério do Trabalho e Emprego

Conselho Federal de Medicina

Federação Brasileira de Hospitais

Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

Confederação Nacional da Indústria

Confederação Nacional do Comércio

Defesa do Consumidor – PROCON

Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde – IDEC

Entidade de Portadores de Deficiência e Patologias Especiais

Autogestão

Medicina de Grupo

Cooperativas de Serviços Médicos

Empresas de Odontologia de Grupo

Cooperativas de Serviços Odontológicos