ATA DA DÉCIMA NONA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Às dez horas do dia vinte e oito de junho de dois mil e um, no San Marco Hotel, situado no Setor Hoteleiro Sul-Quadra 05- Bloco C, nesta cidade de Brasília, foi realizada a **décima nona** reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo, nos termos do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A reunião foi presidida pelo Sr. Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dr. **Januario Montone** e contou com a presença dos Diretores da ANS: Dr. **João Luis Barroca de Andréa**- Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, **Dra. Maria Stella Gregori** – Diretora de Fiscalização e **Dr. Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**- Diretor de Desenvolvimento Setorial. Os membros da Câmara de Saúde Suplementar que participaram da reunião foram: Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do Conselho Federal de Medicina; Dr. **Augusto Tadeu Ribeiro Santana**, do Conselho Federal de Odontologia; Dr. **Germano Luís Delgado de Vasconcelos**, do Conselho Federal de Enfermagem; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais; Drs. **José Francisco Schiavon** e **Miguel Jorge Rosa Neto,** da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Dr. **José Luiz Spigolon**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Dr. **Vitor Gomes Pinto**, da Confederação Nacional da Indústria; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, da Confederação Nacional do Comércio; Dra. **Lúcia Helena Magalhães Lopes da Silva**, da Fundação Procon de São Paulo, representante das entidades de defesa do consumidor; Dra. **Andréa Salazar**, do IDEC, representante de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, do CIEFAS, representante do segmento de autogestão; Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINANGE, representante das empresas de medicina de grupo; Dr. **Celso Corrêa de Barros**, representante das cooperativas de serviços médicos; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, representante das empresas de odontologia de grupo; e, Drs. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e **Egberto Miranda Silva Neto**, representantes das cooperativas de serviços odontológicos. Participaram ainda os seguintes convidados: Drs. **Pedro Fazio** e **Heráclito Brito Gomes Júnior**, da FENASEG; Dr. **Samir Bittar**, da A.M.B.; Dr. **Amarildo Baesso**, do Ministério da Justiça; Dr. **Álvaro Luiz Salgado Pinto**, do C.F.M.; Dr. **Luis Marcio Araujo Ramos**, do CONASS e, Dra. **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada representação recebeu uma pasta contendo a pauta da reunião e a minuta da Ata da 18ª reunião. Compunham a pauta da reunião os itens: leitura, discussão, deliberação e assinatura da Ata da 18ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, e Regulamentação do Credenciamento de profissionais de saúde, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios e outras entidades de assistência à saúde. O **Dr. Januario**, dando início à reunião, saudou a presença de todos os representantes da Câmara de Saúde Suplementar, inclusive dos convidados permanentes, da FENASEG e da AMB, e dos demais convidados. Em seguida, informou que estava sendo distribuído o material apresentado pelo C.F.M. sobre o segundo item da pauta e colocou em apreciação a ata da 18ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, acrescentando que as alterações solicitadas já haviam sido incorporadas ao texto da mesma. Tendo a referida ata sido aprovada por unanimidade, solicitou que fosse assinada. Antes de passar ao outro item da pauta, convidou, em nome da Diretoria Colegiada, todos os membros da Câmara de Saúde Suplementar para solenidade de inauguração do Disque-ANS no dia 13 de julho, evento que contaria com a presença do Sr. Ministro da Saúde. Ressaltou a importância daquele instrumento para informações ou denúncias de usuários de planos de saúde, com o qual se esperava dar um salto na capacidade de atendimento, buscando melhorar a efetividade da Agência nessa área. Também comunicou que a Diretoria Colegiada da ANS decidiu instalar o regime de direção fiscal na operadora “Classes Laboriosas”, uma das duas operadoras que solicitaram o processo de revisão técnica no ano passado. Disse que essa decisão foi tomada em razão do surgimento de polêmica quanto ao gerenciamento daquela operadora, inclusive com algumas denúncias dos seus próprios conselheiros, e no descumprimento das solicitações feitas pela Agência e assumidas pela operadora no processo de revisão técnica autorizado e no plano de recuperação econômica estabelecido, acrescentando que as denúncias recebidas estavam sendo encaminhadas ao Ministério Público para verificação. Registrou, ainda, que, pela primeira vez, uma operadora questionou judicialmente o poder regulatório da Agência de decretar a direção fiscal, objetivando suspendê-lo. Acrescentou que o Poder Judiciário manteve esse poder, muito embora tivesse restringido a possibilidade da Agência se valer da indisponibilidade de bens

dos dirigentes, figura essa prevista fundamentalmente para uma garantia no caso de o processo avançar. Por último, solicitou ao Dr. Barroca que fizesse um balanço das três consultas públicas em andamento: a segmentação do rol de procedimentos médico-hospitalares; a regulamentação para leilão de carteiras e operadoras liqüidadas e o sistema de acompanhamento e informações assistenciais. O **Dr. Barroca**, em relação à consulta pública sobre leilão, disse que foram feitas sugestões de conteúdo, oriundas: da Fundação PROCON, do IDEC, da UNIMED do Brasil, da FENASEG e da ABRAMGE, ressaltando que o prazo da consulta foi oficiosamente prorrogado e foram recebidas sugestões até o dia 25 de junho. Quanto ao sistema de acompanhamento de produtos, registrou o recebimento de dez sugestões, sendo apenas uma de conteúdo, das nove restantes uma minoria era sobre mérito, e a grande maioria sobre o prazo de implantação do sistema. Quanto ao rol de procedimentos nas segmentações, considerou que houve algum problema de comunicação, pois a Agência não recebeu nenhuma sugestão dentro do prazo, apelando para que as mesmas fossem reenviadas com a maior brevidade possível. O **Dr. Januario** consignou o recebimento do ofício do CFM solicitando a instalação de uma câmara técnica para discussão dos procedimentos do planejamento familiar e procedimentos estéticos, reafirmando que a Agência já havia previsto a instalação da mesma no segundo semestre desse ano. Passou para a discussão do 2º item da pauta, a questão do credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços de saúde, bem como dos sistemas de gerenciamento dos mesmos, ressaltando a relevância do tema para todo o sistema de regulação, acrescentando que a sua inclusão como item de pauta teve como propósito o debate acerca da possível ampliação das regras já existentes em relação aos serviços das redes hospitalares, inclusive com resultados produtivos. Solicitou ao Dr. Pedro Pablo que fizesse o encaminhamento da proposta do C.F.M. contida no material distribuído. O **Dr. Pedro Pablo** disse ser absolutamente fundamental a questão do credenciamento e descredenciamento para a relação médico-paciente, pois a própria Lei 9.656 garantia ao usuário o direito de acesso aos serviços de saúde que julgasse conveniente. Quanto ao credenciamento, por ser um referenciamento institucional, lembrou que aceitava regras previamente pactuadas, trazendo vantagens por estabelecer um tripé na relação entre prestadores de serviço, consumidores e agente financeiro. Colocou a posição favorável de sua entidade em relação ao credenciamento universal ou o mais universal possível, até pela questão de livre mercado, e que havia uma preocupação em relação ao descredenciamento, que levou o CFM a estabelecer condições para o mesmo numa resolução que se encontrava *sub judice* por questionamento da CASSI. Ainda sobre o descredenciamento, disse que, por ser mais afeto à relação entre o prestador de serviços e o usuário, do que com a operadora, esse poderia ser feito pelo profissional que prestou atendimento e pelo próprio usuário. O **Dr. José Francisco** colocou que a posição do C.F.M. vinha ao encontro da preocupação dos prestadores pessoas jurídicas, que tinham uma certa dificuldade no relacionamento com operadoras por falta de um instrumento legal que o disciplinasse. No seu entendimento, disse que deveria haver liberdade de negociação entre operadoras e prestadores, com a participação das entidades representativas dos dois intervenientes, bem como um contrato que formalizasse esse relacionamento, com cláusulas bem definidas sobre prazos de vencimento, validade, renovação, reajuste e outras de interesse bilateral. Considerou que a ANS, ao trazer o assunto à discussão, estava exercendo o seu papel de regular o sistema, o que não significava engessar esse relacionamento que, certamente, envolveria os profissionais médicos. A **Dra. Andréa** registrou que o assunto constava de uma pauta de reivindicações do PROCON e do IDEC, dada a relevância do mesmo para os usuários. Antes de se manifestar sobre o mesmo, considerou importante ouvir o posicionamento dos representantes das operadoras sobre o motivo dos descredenciamentos, uma das principais reclamações dos usuários. O **Dr. Arlindo**, pelas empresas de medicina de grupo, disse que o credenciamento era uma relação entre a operadora e o profissional, médico ou pessoa jurídica, normalmente regida por um contrato que deveria estabelecer sobre o descredenciamento. Disse saber que existiam queixas sobre o descredenciamento desmotivado, com o qual também não concordava, mas que eram casos específicos, demandando a análise de cada caso. O **Dr. Pedro Fázio**, pelas seguradoras, explicou que essas adotavam o mecanismo de ressarcimento de despesas, mediante a indenização das ocorrências que o consumidor tivesse durante o contrato, independentemente do tipo de rede. Quanto à rede referenciada, esclareceu tratar-se de uma indicação feita ao segurado, cujo pagamento a seguradora efetuava por contra-ordem. Disse entender as colocações

feitas sobre o tema, mas apelou para que o mesmo fosse visto também sob a ótica de uma relação econômica, que precisava ser preservada para o sistema. Quanto à proposta apresentada pelo C.F.M., questionou se a mesma era de que o credenciamento fosse regulado pela Agência e o descredenciamento pelo referido Conselho, pois, se assim fosse, considerava uma ambigüidade, argumentando que, na concepção da FENASEG, o assunto estava regulado na Lei nº 9.656, inclusive quanto a questão do redimensionamento de prestadores de serviço. Finalmente, perguntou como o assunto em pauta era tratado no Sistema Único de Saúde. O **Dr. Celso Barros**, pelas cooperativas de serviços médicos, disse que em seu segmento não havia pessoa física credenciada, mas cooperados, sócios que dividiam sua quota de capital e que se submetiam ao Estatuto das mesmas. Portanto, explicou que adotavam a figura da eliminação quando havia alguma infração legal ou estatutária, casos extremamente raros que só se concretizavam após instauração de processo administrativo, com ampla possibilidade de defesa e de recursos para o sócio. Disse, ainda, entender a preocupação do C.F.M. com a questão do mercado de trabalho, uma vez que os médicos passavam por uma difícil situação com a proliferação de escolas médicas e o conseqüente aumento do número de profissionais no mercado, argumentando que a proporção atual era de, aproximadamente, um médico para cada 600 habitantes, e no mercado supletivo essa proporção era de um médico para cada 100 clientes. O **Dr. Alarcon**, referendando a manifestação do Dr. Celso, reafirmou, pelas cooperativas de serviços odontológicos, que o vínculo do profissional cooperado em relação ao do credenciado era muito mais estreito, uma vez que aquele, após estar ciente de seus direitos e deveres colocados na lei específica, nos estatutos e regulamento interno da entidade, assumia responsabilidades perante a sociedade cooperada. O **Dr. Diniz**, pelas autogestões, disse que o credenciamento existia porque as operadoras de planos privados de saúde se regiam pelas leis normais de mercado, e, no caso do seu segmento, os trabalhadores se organizavam e credenciavam os médicos que aceitavam as condições colocadas, consignando que essa relação era consagrada em contratos juridicamente perfeitos. Explicou que eles buscavam possuir uma rede credenciada que fosse compatível com as necessidades e a faixa etária da respectiva população, ressaltando que em saúde, a oferta era que determinava a demanda e uma vez desorganizada certamente poderia inviabilizar o sistema. Dessa forma, disse ser necessário que se mantivesse o credenciamento e o descredenciamento de maneira natural, como era próprio de uma relação entre as partes, onde nenhum profissional era obrigado a se credenciar, assim como nenhuma operadora era obrigada a manter um profissional que não lhe atendesse. Destacando a importância da ANS, dada a sua competência regulatória de pautar essa questão, disse que, oportunamente, sua entidade faria sugestões específicas quanto aos prestadores pessoas jurídicas, tratados na lei. O **Dr. Pedro Pablo** reafirmou a posição contrária do C.F.M. em relação ao descredenciamento imotivado, argumentando que o Conselho, que tinha a função legal de fiscalizar o exercício da medicina, bem como os profissionais de saúde, teria de conhecer os contratos que as empresas diziam existir e nos quais se baseavam para proceder o descredenciamento, a fim de garantir o princípio do livre acesso, o direito de todos de lutar no mercado e do usuário de escolher os profissionais que lhes inspirasse maior confiança ou segurança. O **Dr. Vítor** disse não entender a posição do IDEC de se preocupar apenas com o descredenciamento, uma vez que se afirmou a necessidade da existência de um contrato formal entre prestadores pessoas jurídicas e operadoras, como acontecia com a C.N.I. Disse ainda, que as cooperativas, diferentemente das seguradoras, que já faziam contrato com os prestadores pessoas jurídicas, impunham determinadas condições unilaterais para o credenciamento desses prestadores, acarretando dificuldades no relacionamento e prejudicando o atendimento ao usuário. Destacou que a intenção era continuar dando qualidade no atendimento ao usuário, mas que sem um contrato formal, tornava-se difícil uma regulamentação adequada para o sistema. O **Dr. Luís Plínio** solicitou que fossem definidas as expressões: contratado, credenciado, referenciado e associado, visando unificar o entendimento, porque poderia estar sendo usadas diversas nomenclaturas para os mesmos conceitos, e, no seu entendimento, o referenciado era aquele que constava de uma lista indicada, sem nenhum vínculo com qualquer serviço. O **Dr. Barroca** esclareceu que a lei tratava da mesma maneira qualquer vínculo contratual que pudesse existir entre prestador e operadora. Portanto, mesmo diante de relações diferenciadas, acrescentou que não havia distinção entre referenciados, conveniados, credenciados e cooperados, pois nenhum prestador poderia ser indicado sem algum acordo, mesmo que operacional,

significando, na prática, um contrato. A **Dra. Lúcia Helena**, pelo PROCON, considerou a resposta da ABRAMGE inconsistente, uma vez que o mínimo que se poderia exigir de uma relação com vínculo operacional seria um contrato de serviço entre o prestador e a operadora. Disse que o objetivo era entender a razão dos descredenciamentos, não apenas dos médicos, mas dos prestadores em geral, inclusive em relação às cooperativas, pois um médico cooperado, com base no Código de Defesa do Consumidor, tinha responsabilidade solidária. Informou que, conforme levantamento feito pelo PROCON no período de junho de 2000 a maio de 2001, foram registradas 85 reclamações sobre descredenciamentos de prestadores de qualquer natureza, significando ser esse, depois de reajustes e negativas de cobertura, o terceiro principal assunto discutido na Fundação, sendo que o mais alarmante era o não atendimento de 93% das reclamações pelas operadoras, onde aparecia as empresas de Medicina de Grupo, mas o principal número estava ligado às Cooperativas. Reafirmou alguns direitos dos consumidores que não eram respeitados pelas operadoras, tais como: o da livre escolha onde o usuário, ao fazer opção por um plano escolhe uma rede, sem diferenciação entre credenciada e referenciada, e, posteriormente, as empresas descredenciavam os prestadores daquela rede, sem qualquer critério, deixando o mesmo sem assistência; o do cumprimento da oferta, pois as empresas descumpriam a oferta estipulada no início da contratação; e, o da devolução do valor pago, significando uma alteração unilateral do contrato, com abatimento proporcional do preço pago. Por isso, reiterou que se esperava o estabelecimento de critérios mínimos para o descredenciamento, com a devida fiscalização da Agência. O **Dr. Arlindo** reafirmou que a ABRAMGE não poderia responder àquela questão, pois somente a operadora era capaz de dizer porque descredenciou e que, por essa razão, havia dito que os casos teriam de ser analisados individualmente. Acrescentou que, provavelmente, o descredenciamento ligado às cooperativas poderia ser em decorrência de problemas como: fiscalização, diminuição do número de associados ou de empresas, que não precisavam mais de médicos credenciados numa determinada região. A **Dra. Andréa** considerou ter ficado evidente em todas as manifestações que a relação entre a operadora e os prestadores de serviço era objeto de um contrato, mas que o problema estava no fato da legislação não ser respeitada, possibilitando alteração unilateral de contratos “antigos”, prática essa totalmente ilegal e inadmissível tanto pelo Código de Defesa do Consumidor como pela Lei 9.656. Ressaltando que essa, em seu artigo 17, obrigou a manutenção dos serviços em caso de inclusão de prestadores, e, ainda, vinculou a faculdade de substituição de entidades hospitalares à prévia comunicação aos consumidores e à ANS, procedimentos mínimos que não estavam sendo cumpridos. Em razão do descumprimento da legislação, registrou o seu entendimento de que a ANS estava falhando por não fiscalizar os casos de descredenciamento de todos os prestadores de serviço, quer por falta de recursos humanos ou por falta de informações sobre os mesmos, achando importante que as operadoras levantassem as razões que o motivavam, para enriquecer a discussão sobre a matéria, reafirmando que o IDEC concordava somente com aquele que fosse motivado- por problemas éticos, sanitários, etc- conforme já havia sido colocado, mas que, ainda assim, precisava ser seguido de substituição, assunto que merecia uma melhor regulamentação. O **Dr. Januario** disse que o seu entendimento sobre a proposta do CFM era de que o credenciamento seria universal e o descredenciamento homologado pelos Conselhos. Respondendo à representante do IDEC, afirmou que a Agência já estava trabalhando para regulamentar os credenciamentos, ressaltando ser importante que as entidades se manifestassem fornecendo subsídios que pudessem definir os motivos aceitáveis para o descredenciamento como, por exemplo, questões econômico-financeiras ou assistenciais. Em seguida, solicitou à Dra. Maria Stella que desse um esclarecimento. A **Dra. Maria Stella** disse que todas as denúncias trazidas ao conhecimento da ANS de qualquer infração à legislação eram verificadas e, em caso afirmativo, as empresas eram autuadas e punidas, acrescentando que no caso específico de descredenciamento as providências estavam sendo tomadas. Registrou que a Agência havia recebido inúmeras reclamações de consumidores contra o descredenciamento de um hospital da Sul América, que não prosperaram porque a operadora estava dentro da legislação e, nesse caso, não houve autuação. O **Dr. Barroca**, reforçando o que disse a Dra. Maria Stella, confirmou que as operadoras solicitavam o redimencionamento ou a substituição quanto à movimentação de rede hospitalar, conforme previsto no artigo 17 da Lei 9.656. O **Dr. Samir Bittar** registrou o seu entendimento no sentido de que a relação prestador de serviço e operadora era bilateral e de interesses mútuos, tanto que quando um

prestador se credenciava, ele passava a ter um contingente de demanda dirigido, mas, por outro lado, ele também poderia valorizar os serviços da operadora. Disse que não pretendia defender que essa relação fosse perene, nem tirar qualquer direito das operadoras, até porque a mesma poderia tornar-se desinteressante para qualquer das partes. Porém, argumentou que o motivo da preocupação do CFM, da AMB e das entidades de defesa do consumidor, era o modo como acontecia o seu rompimento, quando as operadoras adotavam condutas que não tinham explicação no contrato, causando prejuízos e danos ao consumidor e especialmente ao médico, pois quando um descredenciamento imotivado chegava ao conhecimento do usuário, podia trazer uma conotação negativa em relação ao profissional, que nem sempre tinha algo que o desabonasse. Por essa razão, disse que a resolução do CFM citava que o interesse no descredenciamento do médico implicava também em responsabilidade junto ao usuário e à operadora. Apelou para a urgência de se regulamentar a matéria, onde estivessem previstas: a comunicação prévia, a cessão de dados clínicos ao paciente e a apreciação dos contratos pela ANS. O **Dr. Augusto Tadeu** manifestou total apoio do C.F.O. à proposta do C.F.M. Sugeriu que passasse a constar o motivo do descredenciamento nos pareceres do Responsável Técnico da operadora, pois esse era considerado o agente mais próximo dos Conselhos profissionais. O **Dr. Álvaro** reiterou que a proposta do C.F.M. era de acesso universal, contido em lei, onde o beneficiário pudesse escolher o profissional e a operadora tivesse de ressarcir no limite do contrato, o que era diferente do credenciamento universal. Acrescentou que o descredenciamento imotivado prejudicava a imagem do profissional, porque não se dava publicidade às razões desse. O **Dr. Barroca**, não como componente da Mesa, mas como participante, esclareceu que as operadoras de planos e seguros de saúde eram, apenas também, agentes financeiros, mesmo porque desde a Lei nº 9.656 elas deixaram de ter uma característica exclusiva, e que, por serem empresas de assistência à saúde suplementar, era necessário regulamentar essa operação, reafirmando o dever da Agência de fiscalizá-la, com vistas à qualidade do atendimento. Disse que a proposta do C.F.M. de credenciamento universal, obrigava as operadoras que não trabalhavam com reembolso a fazê-lo, significando acabar com as diferenças existentes entre as três formas de contrato existentes: o de reembolso, o de rede e o que garante acesso. Dessa forma, consignou que a proposta impunha reembolso integral para qualquer contrato, de qualquer operadora, dentro da tabela por ela praticada internamente. Em relação ao credenciamento e descredenciamento, esse último motivado ou imotivado, achou que não havia consenso quanto a necessidade de se estabelecer regras para os mesmos, destacando que o importante era a qualidade da assistência. Referindo-se sobre uma intervenção feita, segundo a qual o referenciamento não implicava necessariamente que se tivesse uma rede, registrou que o entendimento não era esse, pois, na medida em que o referenciamento era indicação, alguma modalidade contratual deveria respaldá-lo. Disse que, no seu entendimento, a proposta do CFM era de credenciamento universal e de descredenciamento homologado pelos Conselhos. O **Dr. Albucacis**, em relação à proposta do C.F.M., disse que caso a mesma fosse aceita, isto é, o credenciamento universal, afirmou que seria preciso de regras claras, pois qualquer profissional prestaria o serviço, e as operadoras não teriam o controle da qualidade técnica desses prestadores. Indagou como seria feito, no caso das reclamações dos usuários, assim como acordar valores a serem pagos aos diversos profissionais, afirmando que seria preciso também estabelecer uma forma de cobrança para operadoras. Manifestou-se contrário à referida proposta, em razão do seu impacto nos custos. Argumentou que, qualquer rede que fosse disponibilizada, implicava numa relação contratual, onde o prestador de serviço e a operadora negociavam as suas condições, afirmando que tais contratos sofriam influências sócio-econômicas, vinculadas à massa a ser atendida, além de outras. Lembrou que a maioria dos contratos ainda não estavam dentro da Lei nº 9.656, dizendo que para atender aos beneficiários com qualidade, cumprindo o que lhes foi oferecido, era necessário saber quais os benefícios que as operadoras ofertaram anteriormente à referida Lei , cabendo à Agência a fiscalização dos mesmos. O **Dr. Vitor** registrou sua opinião de que o setor de saúde suplementar possuía conflitos próprios que poderiam ser regulados com a contribuição efetiva dos membros da Câmara de Saúde Suplementar, visando um sistema aceitável e razoável para o País, para os clientes e para as instituições do setor. Reforçando a posição colocada pelo Dr. Albucacis, disse que o interesse da CNI era o de que as operadoras mantivessem uma rede respaldada por um contrato, não sendo razoável, naquele momento, a idéia do credenciamento universal.

Destacou que, da maneira como funcionava, o credenciamento possibilitava ao cliente saber o que estava contratando, podendo ser importante para que ele ponderasse acerca de eventuais mudanças que quisesse fazer. Considerou importante a posição da Dra. Lúcia Helena de se dar uma solução para o problema do descredenciamento, principalmente o imotivado, reafirmando a necessidade de se regulamentar questões como: o descredenciamento por dificuldades financeiras da operadora, a garantia do padrão mínimo de uma determinada rede, a substituição de prestadores, dentre outras. Assim, disse que esse assunto merecia realmente, num curto espaço de tempo, ser tratado pela Agência, sem que essa interferisse na relação contratual e sem aceitar a universalização do credenciamento. O **Dr. Diniz**, quanto ao credenciamento universal ou acesso universal, fez as seguintes considerações: a primeira, que as pessoas que quisessem ter acesso a qualquer médico, poderiam optar pelo seguro; a segunda, que era falsa a afirmativa de que se estava defendendo o direito do usuário, porque, nesse mercado de saúde, o poder de discernimento dos pacientes era menor do que o dos prestadores de serviço de saúde, não sendo garantido àqueles que todos os médicos os atenderiam. Disse ser essa uma forma inadequada de resolver o desequilíbrio do mercado, que estaria relacionado à questões como: proliferação das escolas de Medicina, qualidade da formação do médico, tecnologia, excesso ou concentração desigual de profissionais, etc. Assim, considerou inoportuna a proposta de credenciamento universal feita pelo C.F.M., que, na sua opinião, dava tratamento igual aos desiguais, porque os profissionais médicos não tinham a mesma formação, nem a mesma condição de atendimento, e que, para as Autogestões, a rede credenciada era um bem estratégico. Reforçando o que foi abordado pelo Dr. Barroca, disse que as possíveis regras para credenciamento e descredenciamento teriam de observar: as garantias já previstas na legislação brasileira, o funcionamento do sistema e o direito do usuário. Finalizando, registrou a necessidade de se disciplinar os casos em que a operadora ficasse impedida de dar o atendimento por culpa dos prestadores, sugerindo às entidades de defesa do consumidor que apoiassem essa proposta. O **Dr. Pedro Fázio**, acerca da visão financeira referida pelo Dr. Barroca, disse que a discussão não era do modelo, mas do conceito de risco para ter uma reserva maior em relação a todo o mercado, e que, sob o ponto de vista do equilíbrio econômico-financeiro dos seguros, era importante a mutualidade do sistema de saúde. Entendendo que, na proposta apresentada, a Agência faria o credenciamento e o C.F.M. o descredenciamento, reafirmou sua posição contrária à mesma, até porque o referido Conselho não teria competência para legislar sobre as operadoras de saúde. Considerou prematuro fechar uma posição sobre o assunto, naquela reunião, pois o debate estava apenas começando, e que a exceção não poderia ser tratada como a causa principal. Além disso, lembrou que questões como a proliferação dos cursos de Medicina, a gama de especialidades e a concentração de profissionais especialistas nos grandes centros, não poderiam deixar de ser tratadas, e que, dada a complexidade do processo de prestação de serviço de assistência à saúde, tinha a preocupação de que não se conseguiria resumir todo esse processo em apenas uma discussão. Ressaltou, ainda, que era necessário observar a legislação existente, pois algumas questões poderiam estar fora do âmbito de regulação do CONSU e da A.N.S. Assim, a fim de se consolidar o processo de regulamentação do setor iniciado em 1998, apelou para que, neste ano, os esforços fossem concentrados na implantação de mecanismos importantes, tais como: o plano de contas, a publicação de balanço, as reservas, os cálculos atuariais e a nova segmentação. Finalizou reiterando sua dúvida de como o credenciamento e descredenciamento eram tratados no SUS. O **Dr. Vitor**, discordando do Dr. Pedro Fazio, considerou fundamental a regulamentação do credenciamento para se garantir a rede, porque essa gerava insatisfação por parte da população em relação ao sistema. O **Dr. Pedro Fázio** respondeu ao Dr. Vitor que somente concordaria com a observação de que a população estava insatisfeita, quando pudesse ter instrumentos de análise para medir o grau de sucesso e insucesso junto aos assistidos. O **Dr. Heráclito Gomes** considerou importantes as colocações feitas pelo Dr. Pedro Fázio, particularmente as de que algumas das discussões eram pontuais. Em relação ao descredenciamento imotivado, registrou que seria difícil regular essa matéria e que não acreditava que nenhuma operadora, principalmente no seu segmento, adotasse esse procedimento, até porque já existiam mecanismos que regulavam essa relação. Registrou, que no seu entendimento, o papel do C.F.M. era o de fiscalizar o exercício da profissão médica e o da Agência o de regulação e fiscalização do mercado, e, por isso não concordava com a proposta do Conselho. O **Dr. Arlindo**, reafirmando a posição contrária da ABRAMGE

em relação ao credenciamento universal, argumentou que qualquer operadora sabia que, com o aumento da procura, as despesas ficariam incontroláveis. Disse que o aumento do custo com esse credenciamento poderia não ser absorvido pelas empresas que ofereciam convênio e beneficiavam, atualmente, cerca de 80% do total dos usuários do sistema. Ressaltou que, para as operadoras que possuíam rede própria, era impossível a adoção desse mecanismo, pois essas tinham de analisar a capacidade de utilização e o custo de cada prestador, e que esse credenciamento, já utilizado pelos seguros, era proibido para as cooperativas médicas. Quanto às relações entre operadoras e prestadores, considerou que o que já constava da lei era suficiente para a regulamentação das mesmas. Finalmente, reiterou a pergunta sobre o credenciamento no S.U.S. O **Dr. Barroca** respondeu que o SUS era um sistema de gestão tripartite, onde os serviços eram prestados por rede própria ou conveniada pelos gestores municipal, estadual ou federal, onde cada gestor, levando em conta o orçamento das três esferas, contratava os prestadores que fossem necessários, na falta de rede própria. A **Dra. Lúcia Helena**, apesar de concordar com as ponderações de que a discussão sobre o credenciamento universal era ampla, demandava aprofundamento e passava pela questão de custos, disse ser favorável a esse, pois a possibilidade do livre acesso era mais benéfica ao consumidor. Destacando a importância dessa questão, concordou com o fato da mesma ser tratada em outra oportunidade. Já com referência ao descredenciamento, considerou que o tema deveria ser discutido de imediato, porque as empresas de planos de saúde estavam sempre entre o 2º e o 3º lugar no ranking de reclamações recebidas no PROCON, e isso refletia na prestação de serviço ao consumidor. Reiterou sua manifestação feita na última reunião de que a ANS teria de conhecer a rede credenciada das empresas, para fazer uma fiscalização preventiva. O **Dr. Alarcon** reafirmando sua colocação, feita desde a instalação da Câmara de Saúde Suplementar, de que a lei era confusa em relação às questões da Odontologia, disse que essa situação permanecia inalterada. Relembrando que, numa solicitação conjunta, formulada há quase quatro meses, a UNIODONTO, o SINOG e o C.F.O. pediram a instalação de uma Câmara Técnica para discutir as pendências específicas desse segmento, reivindicação essa que, até aquele momento, não havia sido atendida. E, muito embora entendesse que o maior número e complexidade dos problemas fossem da área médica, apelou para que as questões da Odontologia recebessem um melhor tratamento. Finalmente, em razão dos atrasos que vinham ocorrendo na abertura das reuniões daquela Câmara, solicitou que o horário marcado para o início das mesmas fosse respeitado. O **Dr. Barroca**, quanto ao credenciamento e ao descredenciamento, esclareceu que esses eram afetos tanto aos planos odontológicos como aos médicos. Reafirmou que a Câmara Técnica para discussão das questões odontológicas não estava esquecida, porém que havia ficado para a agenda do segundo semestre de 2001. Acatando a solicitação relativa ao horário da reunião, disse que se faria um empenho coletivo para que o mesmo fosse respeitado. Respondendo à indagação do Dr. Luís Plínio quanto ao conteúdo de uma manifestação da Dra. Lúcia Helena, explicou que ela fez uma proposta de que o descredenciamento continuasse a ser discutido, e, posteriormente, se discutisse o credenciamento. O **Dr. Luís Plínio** iniciou apoiando o Dr. Alarcon quanto ao horário das reuniões. Concordou com o entendimento dado de que o credenciado, o referenciado, etc, exceto o cooperado, tinham o mesmo significado e que todos os termos representavam uma relação formal entre as partes. Acrescentou que a F.B.H. era contrária à proposta de credenciamento universal, por entender que as partes deveriam ter liberdade para estabelecerem seus contratos formais, dentro dos limites permitidos em lei, instrumento esse fundamental, inclusive, para ação de fiscalização da Agência. Dessa forma, disse que as partes envolvidas ficariam com as condições previstas para, de acordo com a conveniência ou o dever, pudessem romper o que tivesse sido pactuado, frisando a importância de que tal fato fosse comunicado à Agência. Reiterando como oportunas as manifestações feitas no sentido de que se estava tentando regulamentar pela exceção, esclareceu que, mesmo como representante dos hospitais, não poderia ignorar que havia aqueles que cometiam falhas, fraudes ou erros, mas que, seguramente, isso era uma exceção. Concordou com a preocupação do Dr. Pedro Fázio no sentido de que se estava criando muitas regras para serem cumpridas, pois seria necessário saber se o plano tinha capacidade de honrar os seus compromissos com a rede. Relembrou que um dos objetivos da regulamentação era o de garantir o direito do consumidor, fazendo com que ele retomasse a confiança no sistema, aumentando o número de seus participantes e diminuindo a demanda do SUS, mas que esse objetivo não estava sendo alcançado em

razão da instabilidade colocada pela regulamentação que, na sua opinião, precisaria ser mais cautelosa. O **Dr. Celso Barros** registrou sua satisfação com o entendimento manifestado de que as cooperativas eram efetivamente diferentes das demais operadoras. A título de informe, disse que uma consultoria especializada em custos hospitalares fez uma comparação entre duas UNIMEDs de São Paulo, com o mesmo número de usuários e o mesmo faturamento, onde ficou consignado que o custo de uma delas era bem superior ao da outra, em razão do maior número de médicos que aquela mantinha. Com relação ao descredenciamento, reafirmou que esse não atingia as cooperativas, porque elas tinham regras próprias. Quanto à questão do credenciamento universal, reforçou sua posição, defendida há anos, de que a cooperativa não teria condições de adotá-lo, apesar de absorverem grande parte dos médicos, e, que, muito embora entendesse a posição das entidades que o defendiam, essa não seria a maneira para se resolver o grave problema do desequilíbrio no mercado de trabalho do médico. Reafirmou, ainda, que, conforme colocou na última reunião, pesquisas científicas mostraram o alto grau de satisfação dos clientes com os planos de saúde, citando o exemplo da UNIMED-Rio, que tinha um número de reclamações extremamente pequeno comparado com o número de seus clientes. Disse que buscaria entender se, quando a Dra. Lúcia Helena falava de descredenciamento, referia-se à situação onde o médico não quisesse atender à outra operadora. Ressaltou a importância do tema, ponderando para que não houvesse excesso de regulamentação, aprofundando-se mais a discussão na busca de uma melhor solução para todos os atores. O **Dr. Pedro Pablo**, novamente, reiterou que a posição do C.F.M. era conceitualmente favorável ao acesso universal, mas que, em razão das dificuldades para estabelecê-lo, defendia o credenciamento universal. Disse que o Conselho não poderia fiscalizar os agentes financeiros- as operadoras, porém que as ações relativas aos atos médicos seriam fiscalizadas por ele, registrando que só se obteria êxito na regulamentação desse assunto se os interesses dos usuários, dos prestadores de serviço e dos agentes financeiros, fossem nela contemplados. O **Dr. Januario**, referindo-se à questão do quantitativo de profissionais médicos no País, registrou que o Ministério da Saúde estava incentivando programas de redistribuição e interiorização de profissionais médicos, com bolsas de valor econômico expressivo, cujo alvo era os 1.200 municípios brasileiros onde não havia médicos, ao contrário dos grandes centros onde existia uma concentração de profissionais. Argumentou que o Ministério não contratava mais médicos, porque a função dele deixou de ser a de executor de serviços de saúde, execução essa transferida para os Municípios, passando a exercer o papel de planejamento e regulação do setor público, e que, como órgão vinculado ao Ministério, a Agência participava do referido programa. Em relação ao debate ocorrido naquela reunião, considerou-o muito rico, mas, apesar de achar pertinente algumas observações do ponto de vista de fatos pontuais, discordou que houvesse excesso de regulamentação. Disse que as ações desenvolvidas pela Agência representavam o cumprimento do que já estava previsto em lei e o enfrentamento de problemas concretos, regulando questões estruturais, fundamentais, que tinham, inclusive, reflexos muito fortes na defesa dos direitos do consumidor, como era o caso das garantias financeiras, do leilão, e que, portanto, não houve nenhum açodamento no processo. Ressaltou a relevância da observação feita de se buscar a visão do todo, sob pena de se perder a capacidade de execução da matéria, e, eventualmente, se trocar o principal pelo acessório. Por isso, considerou difícil discutir os critérios de descredenciamento em tempo diferenciado dos possíveis critérios de credenciamento. Solicitou que as entidades encaminhassem à Agência propostas sobre o tema, que já fazia parte do rol das suas preocupações, e, sobre o qual, haveria um esforço para que na reunião de agosto ou na seguinte fossem apresentados alguns subsídios, acrescentando que, de qualquer maneira, a Agência iria cumprir o seu papel de transformar aquele debate em algumas alternativas, algumas propostas e possíveis encaminhamentos da matéria. Salientou que, para algumas questões relativas à regulação, poder-se-ia ter o raciocínio do termo de reajuste de conduta, não no sentido de utilizá-lo nos casos concretos de eventuais irregularidades em que a Agência convocava uma operadora, mas para se discutir claramente, naquele fórum, alguns tempos nos quais as ações de regulamentação fossem construídas onde todos, agentes reguladores e agentes do mercado, se envolvessem num pacto para essa construção. Dessa forma, disse que os problemas poderiam ser discutidos nos tempos e movimentos da própria regulação, evitando-se que esses fossem trazidos ao mesmo tempo, o que dificultava as soluções. Finalizando, lembrou que a próxima reunião desse fórum se realizaria no dia 30 de agosto,

agradeceu a presença e a participação de todos, dando por encerrada a 19ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Conselho Federal de Medicina

Conselho Federal de Odontologia

Conselho Federal de Enfermagem

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

Autogestão

Empresas Medicina de Grupo

Cooperativas de Serviços Médicos

Empresas de Odontologia de Grupo

Cooperativas de Serviços Odontológicos