

ATA DA VIGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

1 Às dez horas do dia oito de novembro de dois mil e um, no St. Paul Park Hotel, situado no
2 Setor Hoteleiro Sul- Quadra 02- Bloco H, nesta cidade de Brasília, foi realizada a
3 **vigésima segunda** reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.656,
4 de 03 de junho de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo,
5 nos termos do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro
6 de 2000, combinado com o artigo 4º da M.P. nº 2.177-versão 44. A reunião foi presidida
7 pelo Sr. Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dr. **Januario**
8 **Montone**, e contou com a presença dos Diretores da ANS: Dr. **João Luis Barroca de**
9 **Andréa**-Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos e Dra. **Solange Beatriz Palheiro**
10 **Mendes**-Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras. Estiveram presentes na
11 reunião os representantes das entidades: Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, do
12 Conselho Federal de Medicina; Dr. **Augusto Tadeu Ribeiro Santana**, do Conselho
13 Federal de Odontologia; Dr. **Germano Luís Delgado de Vasconcelos**, do Conselho
14 Federal de Enfermagem; Dr. **Luís Plínio Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de
15 Hospitais; Drs. **José Francisco Schiavon** e **Miguel Jorge Rosa Neto**, da Confederação
16 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Drs. **Onécio Silveira Prado**
17 **Júnior** e **José Luiz Spigolon**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia,
18 Hospitais e Entidades Filantrópicas; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, da Confederação
19 Nacional do Comércio; Dra. **Lynn Dee Silver**, do Instituto Brasileiro de Defesa do
20 Consumidor-IDEC; Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, do CIEFAS, representante do
21 segmento de autogestão; Drs. **Arlindo de Almeida** e **Reinaldo Camargo Scheibe**, do
22 SINAMGE, representantes das empresas de medicina de grupo; Dr. **José Claudio Ribeiro**
23 **Oliveira**, da UNIMED, representante das cooperativas de serviços médicos; Dr. **Carlos**
24 **Roberto Squillaci**, do SINOGE, representante das empresas de odontologia de grupo;
25 Drs. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO,
26 representantes das cooperativas de serviços odontológicos; Dra. **Neide Regina Cousin**
27 **Barriguelli**, representante das entidades de portadores de deficiência e de patologias
28 especiais; Dr. **Heráclito de Brito Gomes Júnior**, da FENASEG, representante das
29 seguradoras; e, Dr. **Samir Dahas Bittar**, da Associação Médica Brasileira. Participaram
30 ainda os seguintes convidados: Dr. **Paulo Gilvane Lopes Pena**, do Ministério do
31 Trabalho e Emprego; Dr. **Celso Barbosa de Almeida**, do Ministério da Fazenda; Dr.
32 **Sérgio Augusto Ligiero Gomes**, do Ministério da Justiça; Dr. **Fernando Magalhães**
33 **Pinto**, da Confederação Nacional da Indústria; e, Drs. **Clóvis Ricardo Montenegro**,
34 **Maurício Lopes** e **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada representação recebeu uma pasta
35 contendo: pauta da 22ª reunião, a minuta da ata da 21ª reunião, proposta de calendário
36 para 2002, e cópia do consolidado das proposta de temas da “agenda da
37 regulamentação”. Compunham a pauta da reunião os itens: leitura, discussão, deliberação
38 e assinatura da ata da 21ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; informe qualificado
39 e preliminar do projeto que institui as Operadoras de Planos de Atendimento
40 Farmacêutico; apreciação da proposta de calendário para 2002 e da pauta das cinco
41 primeiras reuniões ordinárias; consolidação das sugestões para compor pautas das
42 futuras reuniões da Câmara de Saúde Suplementar; e, outros assuntos de interesse geral.
43 O Dr. **Januario** iniciou a reunião, saudando a presença de todos os representantes da
44 Câmara de Saúde Suplementar e anunciando as justificativas de ausência apresentadas
45 pelas entidades: PROCON de São Paulo, porque naquela semana participava da
46 comemoração de seus quinze anos, ressaltando a importância da atuação do mesmo e
47 dos PROCON's em geral; Conselho Nacional de Saúde, ausente inclusive das duas últimas,
48 porque não estava se fazendo representar em fóruns externos até que se esgotasse
49 internamente a rediscussão da sistemática dessa representação; e, Confederação
50 Nacional da Indústria. Comunicou que o Ministério do Trabalho indicou a Dra. Cibele de
51 Mello Osório, que já participava daquela Câmara na qualidade de suplente, como titular e

ATA DA VIGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

o Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena, como suplente. Em seguida, colocou em apreciação a ata da 21ª reunião que foi aprovada por unanimidade, solicitando que a mesma fosse assinada e consignando ter sido aquela a segunda ata da Câmara que não recebeu qualquer ajuste. Após, em virtude do pedido feito às entidades que representavam a área de defesa do consumidor na Câmara de Saúde Suplementar, no sentido de que sugerissem uma metodologia para a indicação dos três novos integrantes desse segmento naquele fórum, comunicou que no dia 15 de outubro reuniram-se: a Dra. Maria Stella Gregori, pela ANS; o Dr. Mário Scheffer, pelo Fórum de Entidades Nacionais de Portadores de Deficiência e de Patologia; a Dra. Lúcia Helena Magalhães, pela Fundação PROCON São Paulo; e, a Dra. Andréa Lazzarini Salazar, pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC. Sobre o trabalho desse grupo, disse que o mesmo propôs um encaminhamento, adotado pela Agência, de que: fosse feita uma indicação provisória, a ser referendada em assembleias gerais dos respectivos fóruns coletivos; se observasse os critérios de representatividade na respectiva área de atuação, atuação como agente multiplicador, acompanhamento permanente da regulamentação do setor de saúde suplementar, conhecimento técnico e participação no Fórum de Acompanhamento de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde. Disse ainda que se discutiu acerca da representação das entidades: PROCON's; Fórum das Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais; Fórum Nacional das Entidades de Defesa do Consumidor, como entidade não governamental, distinta dos PROCON's, e considerada como representante de usuários de planos; e que a menos visível, porque não organizada nacionalmente, era a Associação de Usuários de Planos de Saúde. Sobre as Câmaras Técnicas, informou que foram iniciados os trabalhos da de Procedimentos Odontológicos e que estava prevista a instalação da de Política de Reajustes, a qual seria tratada quando fosse discutida a "agenda da regulamentação". Antes de dar continuidade à pauta, pediu aos presentes que, no decorrer daquela reunião, analisassem o calendário da Câmara de Saúde Suplementar para 2002, que previa dez reuniões ordinárias ao longo do ano e os itens das cinco primeiras. Quanto à assistência farmacêutica, fato noticiado pela imprensa após pronunciamento do Sr. Ministro da Saúde num seminário do IPEA, explicou que estava sendo estudada pela ANS e pelo Ministério da Saúde uma política de ampliação dessa assistência, inserida no esforço geral de se desenvolver uma estratégia a partir de um diagnóstico da produção e do acesso a medicamentos no Brasil, mas que isso não alteraria a Lei nº 9.656, fazendo uma abordagem do referido diagnóstico e das medidas implementadas na área pública quanto à produção, à distribuição e dispensação, e ao preço. Verificou-se que não havia problemas quantitativos, mas sérios problemas qualitativos, nas áreas de produção e de distribuição, e que o preço era um dos grandes fatores que impedia o maior acesso da população brasileira a medicamentos. Diante disso, foram implementadas algumas ações importantes que vinham mostrando bons resultados. Na área de produção e distribuição, foi instalado um controle mais rigoroso, simbolizado pela criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA que, além de aperfeiçoar uma série de instrumentos, como a exigência do certificado de boas práticas de produção no caso dos laboratórios farmacêuticos, começou a transformar em realidade todo um processo de acompanhamento efetivo desse setor. Outra importantíssima medida na área da produção se deu com o genérico, a partir do conceito da bioequivalência e da biodisponibilidade, que estabeleceu um patamar de maior competição e de qualidade no mercado, associado à uma política restritiva dos chamados medicamentos similares. Quanto à distribuição, foram intensificadas providências, inclusive as relacionadas com a falsificação de medicamentos. Como forma de reduzir preços dos medicamentos, foram adotados: o controle daqueles sujeitos à prescrição; a ampliação de concorrência; uma política mais agressiva de autorização de importação; e, uma maior clareza nos dispositivos legais quanto à possibilidade de quebra de patente,

103 quando julgado necessário garantir o acesso. Ainda nesse âmbito, as estratégias
104 específicas foram: o Registro Nacional de Preços que possibilitou nos últimos três anos,
105 um amplo acréscimo do fornecimento de alguns medicamentos a preços muito reduzidos,
106 cuja previsão em 2001, comparada ao ano 2000, ficava perto de 150 milhões de reais e
107 com praticamente o dobro do quantitativo distribuído; o Banco de Preços que aumentou a
108 transparência do processo; e, os Programas de Farmácia Básica e de Saúde da Família,
109 que distribuíam cesta básica de medicamentos atendendo perto de 30 milhões de
110 pessoas. Concluindo, observou que o êxito dos resultados obtidos pelo poder público foi
111 fruto da organização do comprador, o que no setor privado não existia, motivo pelo qual
112 estava sendo elaborado um projeto de assistência farmacêutica visando: incentivar
113 mecanismos de negociação dos preços na aquisição dos medicamentos, não pelo
114 consumidor isoladamente mas de forma coletiva, envolvendo toda a cadeia desse
115 mercado, como os produtores, os laboratórios farmacêuticos, os distribuidores, as
116 farmácias, etc.; e, iniciar uma regulação que ampliasse esse tipo de serviço no segmento
117 de saúde suplementar, disciplinando as iniciativas, inclusive crescentes, que já existiam
118 no mercado brasileiro, através das empresas que ofereciam esses serviços por redes de
119 descontos e acompanhamento de uso e das várias operadoras de planos de saúde que
120 começavam a dar esse diferencial aos seus usuários. Assim, colocou que a proposição:
121 objetivava incluir a figura do plano de assistência farmacêutica, bem como da operadora
122 dessa modalidade não como parte integrante dos atuais planos privados de saúde
123 regulados pela Lei nº 9.656, aos quais já era imposta a obrigatoriedade daquela
124 assistência; contemplava a Agência Nacional de Saúde Suplementar como órgão
125 nucleador pela associação da matéria com esse setor; obrigava as empresas a se
126 submeterem às exigências de registro para se qualificarem como esse tipo de operadora
127 ou para poderem comercializar o produto; admitia a convivência das operadoras
128 especializadas naquele plano com as de planos privados de assistência à saúde, desde
129 que as modalidades fossem claramente diferenciadas. Dessa forma, a caracterização do
130 produto e da atividade se daria pelos seguintes requisitos: fornecimento ou acesso aos
131 medicamentos; acompanhamento de utilização e programas de prevenção; e, definição
132 pelo órgão regulador, com instância de consulta, de um rol de referência de princípios
133 ativos, para a qual se utilizaria um mecanismo semelhante ao da Relação Nacional de
134 Medicamentos Essenciais-RENAME, que estabelecia os princípios ativos dos medicamentos
135 fundamentais para o perfil de patologias da população brasileira. Como forma de dar
136 maior abrangência ao benefício à população, principalmente aos trabalhadores, o
137 entendimento era o de instituir incentivos, sendo que, a princípio, dois estavam em
138 estudo: um, o de não incorporação na massa salarial da assistência farmacêutica dada
139 aos empregados de uma empresa, com isenção dos encargos para ambas as partes,
140 chamado provisoriamente de Programa de Medicamento ao Trabalhador que seria
141 desenvolvido em parceria com o Ministério do Trabalho, além de outras áreas do
142 Governo; e outro, semelhante ao existente no Programa de Alimentação do Trabalhador-
143 PAT, com dedução do Imposto de Renda. Acrescentou que as ações pensadas eram
144 interligadas, mas que não seria necessário implementá-las simultaneamente, e que a
145 Agência se preocupou em trazê-las à Câmara, mesmo que na sua forma preliminar.
146 Acrescentou ainda, que tal instrumento regulava especificamente essa prestação de
147 serviços, o que traria, indubitavelmente, um impacto positivo na capacidade de acesso da
148 população brasileira a medicamentos, e que o mesmo não alterava a Lei nº 9.656 ou a
149 M.P. nº 2.177-versão 44. O **Dr. José Schiavon** julgou a proposta muito benéfica aos
150 consumidores, ponderando quanto a necessidade de uma discussão mais ampla e com
151 maior prudência, pois os medicamentos e materiais hospitalares compunham uma receita
152 que possibilitava o equilíbrio econômico-financeiro dos estabelecimentos, principalmente
153 nos casos de hospitalização. Sugeriu, assim, que o benefício fosse concedido primeiro

154 para os pacientes atendidos em ambulatórios, porque aquela receita tinha que ser
155 compensada, através de reajustes dos serviços de hotelaria ou das taxas hospitalares,
156 conforme sua entidade vinha reivindicando. O **Dr. Januario** respondeu ao Dr. José
157 Schiavon que não se estava reabrindo qualquer debate quanto ao fornecimento de
158 medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar, já garantido nos setores público e
159 privado, e que o projeto, apesar de estar associado aos planos de assistência à saúde,
160 não modificava o modelo atual. A **Dra. Lynn** parabenizou a Agência por essa iniciativa
161 dada a relevância do tema para o consumidor, propondo que ele fosse incluído na
162 “Agenda da Regulamentação”, pois não constava de suas prioridades. Ressaltou três
163 elementos que deveriam ser abordados sobre os medicamentos: o primeiro, que na
164 relação constasse apenas aqueles de uso extra-hospitalar, caso contrário haveria a
165 redução do direito do usuário previsto na lei; o segundo, que fosse seguida a mesma
166 lógica do setor público, buscando os essenciais para as doenças dominantes no País, não
167 fazendo sentido a existência de duas listas diferentes; e, o terceiro, que fosse
168 contemplada a obrigatoriedade da orientação e promoção do uso racional aos
169 consumidores por parte dos prestadores. O **Dr. Albucacis** disse que achava bastante
170 interessante o que estava sendo pensado pela Agência e que as confederações nacionais
171 deveriam participar ativamente na sua construção, dando ênfase aos incentivos fiscais
172 que poderiam ser concedidos às empresas que oferecessem a assistência farmacêutica,
173 tal como existia no FAT. Porém, salientou que o acompanhamento desse benefício era
174 fundamental não no sentido de controle como se fazia no sistema “manage care”, mas
175 para que se conhecesse a efetiva utilização do medicamento e dos seus resultados na
176 recuperação ou na prevenção da saúde de seus usuários. A **Dra. Neide**, apesar de louvar
177 a proposta apresentada, colocou sua preocupação de que essa não onerasse mais o
178 usuário, exigindo que ele aderisse a um outro plano para ter acesso a medicamentos, já
179 que esses não estavam na cobertura dos planos de assistência à saúde. O **Dr. Paulo**
180 **Pena**, pelo Ministério do Trabalho, manifestou o interesse de participar dessa iniciativa,
181 porque: tinha experiência acumulada com o FAT que propiciava a melhoria da qualidade
182 de vida de milhões de trabalhadores; inspecionava o serviço especializado de medicina do
183 trabalho das empresas; e, possuía os perfis epidemiológicos gerais de saúde dos
184 empregados daquelas que realizavam programas de saúde ocupacional, onde eram
185 mapeadas todas as doenças e não apenas as relacionadas com o trabalho. O **Dr.**
186 **Januario** assegurou ao Dr. Paulo Pena que estava estabelecida a interlocução com o
187 Ministério do Trabalho, pois isso era fundamental para o projeto. Frisou que o objetivo era
188 o de ampliar a assistência farmacêutica para aquilo que não tinha cobertura ou estivesse
189 fora dos procedimentos hospitalares, não reduzindo o que estava previsto na legislação do
190 setor privado, e que era importante se ter em mente que esse benefício estava associado
191 à prescrição médica e odontológica. O **Dr. Samir** afirmou que a proposta era muito
192 sensata, porque a negociação coletiva aumentava a capacidade na compra dos
193 medicamentos, o que poderia significar uma redução de seus custos, com ampliação de
194 sua abrangência e, por consequência, diminuição dos custos da assistência médica
195 prestada. Enfatizou os benefícios da assistência farmacêutica, pois se fosse feito um
196 estudo comparativo, certamente, num grupo de pacientes que tivesse acesso a
197 medicamentos, seria constatada uma incidência mais baixa de complicações em virtude
198 da disponibilidade contínua do medicamento e da ausência de interrupções no
199 tratamento. Considerou interessante, como forma de incrementar o consumo de
200 genéricos, que o projeto fosse compatibilizado com o trabalho de atualização da RENAME,
201 que estava sendo desenvolvido com a participação das sociedades de médicos
202 especializados e, particularmente, da AMB. O **Dr. Diniz** registrou que qualquer aumento
203 de benefícios estava vinculado ao de fontes de financiamento e mencionou que a maioria
204 das autogestões já ofereciam alguma assistência medicamentosa para uso domiciliar,

sobretudo aos pacientes crônicos, porque esse era um fator importante nos tratamentos. Atentou para o fato de que aquele mercado seguia a sua própria lógica, lembrando que recentemente o Ministro da Saúde denunciou um grande laboratório que, com o objetivo de pressionar o Governo para liberar o preço do seu medicamento, financiava uma ONG. Acrescentou ser interessante que a ANVISA fosse integrada nesse processo inclusive para que se pudesse contemplar o seu trabalho de difusão dos genéricos no País, o qual merecia o apoio de todos. O **Dr. José Cláudio** considerou muito bom o projeto apresentado, que continha um ponto positivo da edição 43 da M.P. nº 2.177 e que não prevaleceu na sua edição seguinte. Argumentou que ele representava um avanço, pois poderia facilitar o acesso a medicamento ao usuário que, muitas vezes, não tinha condições de adquirir o que o médico prescrevia, fato esse que prejudicava o seu tratamento e provocava um aumento de custo para a operadora. Informou que algumas UNIMED's conseguiam medicamentos com descontos de 30 a 40% para os seus usuários, mas que sofriam investida contra esse tipo de atitude. A **Dra. Neide**, diante da fala do Dr. Diniz, consignou que era falsa a afirmação feita pelo Sr. Ministro, pois a sua ONG nunca recebeu financiamento de qualquer laboratório nos seus 25 anos de existência. Noticiou que a referida entidade, em protesto à essa inverdade, enviou uma nota à imprensa que não foi publicada. Esclareceu que, como inúmeras ONG's, ela enfrentava dificuldades econômicas e que essas organizações eram fruto da indignação de pessoas doentes que não tinham facilidade de acesso a alguns medicamentos. O **Dr. Janeiro**, primeiramente, afirmou ao Dr. Diniz que a ANVISA, assim como outras áreas do Ministério da Saúde, estava integrada a esse processo. Após, pediu desculpas à Dra. Neide e a compreensão de todos para comentar que era possível que o Sr. Ministro eventualmente tivesse uma informação equivocada sobre um determinado assunto, conforme citado. Porém, observou que era preciso reconhecer que o Ministério da Saúde vinha ampliando o atendimento à várias patologias muito específicas, enfrentando a questão do preço dos medicamentos de maneira a contrariar muitos e fortes interesses desse mercado, o qual, numa tentativa deslavada de chantagem, fazia pressões indevidas e inconsistentes contra técnicos da mais alta responsabilidade do Poder Executivo. Disse que não poderia deixar de registrar esse fato, porque movimentações como essas não envolviam apenas entidades da sociedade civil, mas atingiam dirigentes públicos, como no caso concreto atingiu ao Dr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, a quem prestava sua solidariedade por se tratar de profissional seríssimo e de ilibada reputação. O **Dr. Alarcon**, elogiando a Agência pela colocação que traria benefícios aos consumidores, expôs que os vendedores de materiais pressionavam os fabricantes para não venderem os seus produtos às cooperativas odontológicas ou para vende-los por um preço superior do que lhes era cobrado, o que aumentava o custo operacional daquelas cooperativas. Por esse motivo, manifestou a preocupação da UNIODONTO em conseguir viabilizar o benefício a todos os seus usuários e cooperados, bem como de oferece-lo a um número maior de pessoas, solicitando apoio para que pudessem superar esse problema. O **Dr. Augusto Tadeu** também elogiou a propositura da ANS, pois acreditava que o fornecimento da assistência farmacêutica vinha ao encontro a um real interesse da sociedade brasileira. Destacou que o C.F.O., sensível ao apelo da UNIODONTO, tentaria desenvolver alguma ação no sentido de que as cooperativas deixassem de ser penalizadas na compra de material odontológico. O **Dr. Heráclito** enfatizou a relevância e a complexidade da matéria que compreendia desde a distribuição dos medicamentos no Brasil, que era diferente de alguns outros países, até o modelo propriamente dito, questionando como ela seria encaminhada. O **Dr. Janeiro** colocou ao Dr. Heráclito que os estudos da assistência farmacêutica estavam sendo aprofundados, com vistas a construir um instrumento legal que estabelecesse as regras básicas do modelo para ser detalhado naquele fórum, o qual seria informado e consultado

ATA DA VIGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

pela Agência quanto ao seu encaminhamento. Em seguida, passou ao consolidado da consulta sobre a “agenda da regulamentação”. Houve um prazo que foi dilatado, durante o qual treze entidades fizeram suas avaliações dos quinze itens apresentados pela Agência, com eventuais retiradas e/ou acréscimos, bem como a prioridade dos mesmos. Conforme havia sido definido, essas sugestões circularam para todas as vinte e nove entidades integrantes da Câmara e o que estava sendo distribuído naquele momento era uma tabulação do que foi recebido, para estabelecer um roteiro. Tendo em vista que: várias entidades não se manifestaram, outras restringiram sua manifestação, e algumas priorizaram um ponto não avaliando os demais, qualquer consolidado poderia ser distorcido, motivo pelo qual aquela representava uma forma simplificada de organizar as proposições. Originalmente eram quinze itens, à prioridade máxima foram atribuídos quinze pontos e aos colocados como 15ª prioridade foi atribuído um ponto. O mais votado, com 133 pontos, foi Política de Reajuste e Revisão Técnica; o segundo, com 110, Urgência e Emergência, Resolução CONSU nº13; o terceiro, com 108, Regulamentação das Relações entre Operadoras e Prestadores; o quarto, com 101, Doença e Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária, Agravo e Rol de Procedimentos de Alta Complexidade; e o quinto, com 98, Ressarcimento ao SUS. Assim, como a pauta da última reunião de 2001 era o balanço anual da regulamentação, a Agência propunha que os temas acima fossem incluídos, respectivamente, nas cinco primeiras de 2002 e os demais submetidos a novas tentativas de priorização. Quanto ao item 1, Política de Reajuste e de Revisão Técnica, a Agência estava colocando as diretrizes para a câmara técnica a ser instalada. A partir disso, a sistemática seria: até a reunião da Câmara de Saúde Suplementar anterior a do assunto em pauta, as entidades fariam as propostas relativas a ele, para que a Agência pudesse divulgá-las e consolidar o que fosse necessário. Exemplificando: no caso da Urgência e Emergência, tema nº 2 que estava na pauta de fevereiro, as sugestões seriam encaminhadas até a reunião de janeiro. Apesar disso, não estava descartada a possibilidade de uma câmara técnica ou de uma consulta pública, dependendo do encaminhamento que fosse decidido. Ainda em relação à Urgência e Emergência, explicou que a ANS tinha essa como suficientemente regulamentada pela Resolução CONSU nº 13, e, portanto, faria apenas uma contextualização com as informações necessárias sobre a questão, sem modificá-la. Encerrando, reivindicou que, como os assuntos eram vistos pelas entidades com óticas diferentes, as propostas fossem objetivadas para que se tivesse pelo menos os parâmetros da discussão, caso contrário a mesma poderia se tornar superficial. Solicitou ao Dr. Barroca que apresentasse as diretrizes da Agência para a Câmara Técnica de Política de Reajuste. O **Dr. Barroca**, sobre a política de reajuste e revisão técnica, que recebeu 133 pontos, disse que a Agência, por ter assumido o compromisso de reabrir a câmara técnica que tratou disso no ano passado, achou importante trazer para aquele fórum as diretrizes a serem seguidas. No que tange ao reajuste anual, a diretriz preliminar era a de manter o que foi discutido em 2001 para o reajuste de 2002, numa parametrização pela evolução do mercado competitivo, isso porque os estudos de um índice para o setor eram muito difíceis, apesar desse posicionamento ter recebido críticas de diversos segmentos. Lembrou que essa câmara técnica era uma das mais polêmicas, mas que ela propiciava enfrentar o tema, com o objetivo de trazer um relatório apontando o estágio que se conseguiu chegar, para que a Câmara de Saúde Suplementar pudesse avaliá-lo. Quanto à revisão técnica, esclareceu que a Diretoria Colegiada estava entendendo necessário rediscutir o inciso III, do artigo 6º, da RDC nº 27, que dispunha sobre ameaça à solvência e liquidez das operadoras. Então, salientou que para o reajuste a diretriz era a de manter a sistemática já aplicada e, para a revisão técnica o propósito também era de manter a regra, com reestudo do citado inciso III, complementando que aquela metodologia seria divulgada quando da convocação da câmara técnica, a qual

307 seria feita pela Agência nas semanas subsequentes para que as entidades indicassem
308 seus representantes. Abriu a palavra para manifestações. O **Dr. Samir** julgou relevante
309 que se abordasse a questão dos honorários dos profissionais médicos, pois esses não
310 eram reajustados há mais de cinco anos, o que, aliado ao aumento do dólar e à
311 possibilidade de maior tributação do Imposto de Renda, acarretava grandes dificuldades
312 para a classe. Colocou que entendia a posição da ANS frente ao assunto porém, como
313 órgão mantenedor do sistema, seria preciso, em algum instante, que ela viabilizasse o
314 seu enfrentamento com seriedade, para que não houvesse uma ruptura do equilíbrio do
315 sistema e um prejuízo imenso aos usuários. Colocou ainda que a câmara técnica do ano
316 passado, ao avaliar os elementos que pudessem influenciar no custo, não contemplou os
317 honorários, apelando para que a desse ano analisasse a matéria e a tratasse com a
318 devida importância, caso contrário o resultado a ser apresentado em janeiro não passaria
319 de índice ou de metodologia, sem oferecer qualquer espaço para aquela discussão. O **Dr.**
320 **José Schiavon** ratificou o que foi dito pelo representante da AMB, pois, assim como os
321 médicos, os prestadores de serviços não eram contemplados nos debates que precediam
322 os reajustes, considerando que isso deveria ser prioritário. A **Dra. Lynn** reafirmou que o
323 PROCON e o IDEC levantaram no âmbito da última Câmara Técnica de Reajuste a questão
324 da mobilidade do usuário, porque entendiam que essa era o elemento regulador mais
325 importante num mercado competitivo e o efetivo elemento limitante de reajustes.
326 Manifestou sua preocupação com o fato das matérias serem tratadas de maneira
327 desvinculada na lista de prioridades e sugeriu que a mobilidade fosse mantida naquela
328 câmara ou que, simultaneamente, no período anterior à reunião de janeiro, fosse
329 instalado um grupo de trabalho para debatê-la. O **Dr. Barroca**, quanto ao que disse a
330 Dra. Lynn sobre a mobilidade, registrou que, apesar da sua extrema relevância, essa foi
331 colocada separadamente do reajuste por ter sido assim pontuada. Destacou que, da
332 mesma forma, os assuntos levantados pelo Dr. Samir e Dr. José Schiavon eram essenciais
333 e que a Agência não se furtava a nenhuma discussão, porque tinha a certeza de que essa
334 era a melhor maneira de resolver os impasses existentes no setor. Porém, consignou que
335 aquela câmara técnica, para ter racionalidade e objetividade, não poderia ser apenas de
336 princípios e que as entidades deveriam trabalhar suas propostas focando o reajuste. A
337 respeito da Câmara Técnica de Odontologia, informou que foi acordado que o rol de
338 procedimentos odontológicos seria contemplado, vencidos os itens inicialmente pautados
339 pela Agência: recorrência e procedimentos estéticos em dentes posteriores. O **Dr.**
340 **Januario** lembrou que a “agenda da regulamentação” tinha temas com dois níveis de
341 definição: parte dela era composta dos já previstos na Lei nº 9.656 e na M.P. nº 2.177-44
342 e, portanto, passíveis de serem regulamentados; e outra parte que dependia de
343 mudanças do marco legal em vigor. Disse ser possível aprofundar os debates em todos
344 os níveis, mas que seria preciso priorizar o que estivesse na órbita de efetividade da
345 Agência. Disse ainda que, por mais que a Agência tivesse uma visão positiva de
346 determinados assuntos, como o da implantação de um sistema de mobilidade ou de
347 portabilidade de carência, esses não constavam da legislação vigente e por isso deveriam
348 ser previstos em projetos de lei, pois a ANS não tinha prerrogativas para alterá-los. Citou
349 o exemplo do que estava estabelecido para a Doença e Lesão Preexistente, que somente
350 poderia ser alterado através de outro dispositivo legal, muito embora as entidades fossem
351 contrárias a isso. Especificamente quanto à discussão do reajuste, salientou que a essa
352 poderiam ser agregadas várias outras, desde que elas fossem objetivadas, conforme dito
353 pelo Dr. Barroca, e estivessem na órbita da capacidade regulatória da Agência, sem
354 prejuízo de qualquer outro debate. Abriu a palavra para manifestações. A **Dra. Regina**
355 perguntou se o instrumento de medida provisória continuaria sendo usado, já que os
356 marcos legais da regulamentação, no seu entendimento, foram por ele ultrapassados, e
357 que, até para a metodologia dos trabalhos da Câmara no próximo ano, era fundamental

358 que isso ficasse definido. Quanto à possíveis mudanças na lei, acrescentou que nada
359 impedia que essas fossem feitas ao Congresso Nacional, por iniciativa das entidades, ou,
360 conjuntamente, pela Câmara de Saúde Suplementar e a Direção da Agência, da forma
361 como fazia o Conselho Nacional de Saúde, o qual exercia no SUS a prática de criar novas
362 situações e não apenas a de deliberar com base em normas contidas no marco de
363 referência. Concordou com as propostas relativas à tabulação e ao calendário, pois as
364 mesmas representavam a opinião da maioria. Sem qualquer intuito de desqualificar as
365 entidades, criticou o número de participação na consulta da agenda, dizendo que essa
366 crítica era dirigida às que tinham um envolvimento historicamente maior com a
367 regulamentação e se omitiram, excetuando algumas como o Conselho Nacional de Saúde.
368 Demonstrou sua surpresa com alguns dados e, ao mesmo tempo, sua decepção com as
369 operadoras que insistiam em conversar com as entidades médicas, mas colocaram a
370 “relação entre as operadoras e prestadores” na 16ª prioridade, conforme fez as
371 cooperativas médicas, louvando a forma como a Autogestão e a Confederação das
372 Misericórdias trataram o assunto. Tendo em vista que todos os que militavam na área da
373 saúde sabiam que os interesses eram diferenciados, argumentou que seria necessário
374 pactuar minimamente os conflitos, estabelecendo uma relação mais transparente, pois,
375 apesar das diversas dificuldades existentes no setor, os problemas acumulados com os
376 prestadores, sobretudo pessoa física, estavam cada vez mais sérios. Quanto à agenda,
377 apontou a definição da sistemática de operacionalizar as discussões como a única
378 pendência. Na busca da objetividade pretendida, registrou que seria importante que as
379 entidades traduzissem seus posicionamentos em propostas concretas, criando uma outra
380 dinâmica para as reuniões da Câmara, com um envolvimento maior e uma perspectiva de
381 resultado mais efetivo das mesmas. O **Dr. José Cláudio** observou que o relacionamento
382 de uma cooperativa com os seus médicos era o mais democrático que existia, por ser
383 decidido em assembléia e regulado em estatuto, e que, além disso, os profissionais não
384 eram credenciados e sim cooperados. Por esse motivo, explicou que as UNIMED's
385 consideravam relevante o assunto “relação entre operadoras e médicos”, mas o
386 colocaram como 16ª prioridade porque as cooperativas médicas já tinham regras
387 estabelecidas para isso, dando assim maior importância à outros como reajuste,
388 ressarcimento ao SUS e assistência farmacêutica. O **Dr. Albucacis** assegurou que a
389 Confederação Nacional do Comércio participava ativamente da Câmara de Saúde
390 Suplementar, se fazendo representar em todas as suas reuniões, e que não havia se
391 manifestado quanto à agenda devido a problemas internos, julgando que as decisões de
392 todos os integrantes daquele fórum deveriam ser respeitadas, discutidas e não criticadas.
393 A **Dra. Lynn** entendeu ser bastante interessante o que estava sendo colocado quanto a
394 uma maior objetividade naquele fórum. Insistiu para que a mobilidade fosse integrada na
395 política de reajuste, pois isso era essencial para avaliar o aceitável em termos dessa
396 política. Acrescentou que, para o IDEC, ela não envolvia mudanças na lei, podendo ser
397 tratada na regulamentação e que essa posição estava consignada num parecer jurídico da
398 sua entidade, o qual se comprometia a encaminhar para a Agência. Em relação ao
399 reajuste por faixa etária, solicitou que fosse levado em conta o maior número de pontos
400 obtido pelo mesmo, vez que ele aparecia no material com duas pontuações diferentes.
401 Quanto à “agenda da regulamentação”, achou positivo ficar definida a pauta principal, no
402 entanto, enfatizou que a existência dessa agenda não eximia a Agência, a qual tinha a
403 responsabilidade da regulamentação contínua e paralela ao funcionamento da Câmara de
404 Saúde Suplementar, de consultar aquele fórum sempre que necessário. O **Dr. Janeiro**,
405 respondendo ao questionamento da Dra. Regina sobre mudanças na legislação,
406 esclareceu que o marco legal estava estabelecido na Lei nº 9.656/98 e na versão 44 da
407 M.P. nº 2.177, que não seria republicada em função das novas regras para as medidas
408 provisórias, consignando que houve uma estabilização desse marco. Assim, reafirmou que

ATA DA VIGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

o compromisso assumido pela Agência foi o de ser resolutivo naquilo que estivesse na órbita da regulamentação e de construir consensos que pudessem ser convertidos em projeto de lei, mencionando que aquele era o momento de deixar clara essa diferenciação e de agir com objetividade na regulamentação e nas discussões da Câmara. Considerou inadequado o exemplo citado pela Dra. Regina do Conselho Nacional de Saúde, que poderia ter uma articulação direta com o Congresso Nacional, diferentemente da Agência que era vinculada ao Ministério da Saúde e se submetia a um conselho interministerial- o Conselho de Saúde Suplementar. Quanto ao abordado pela Dra. Lynn sobre a mobilidade, disse que a Agência aguardava o parecer emanado pelo IDEC, pois, no seu entendimento, a matéria não tinha previsão legal e não poderia ser regulamentada, como ocorreu com a inclusão da assistência farmacêutica nos planos de saúde, sugerindo que essa integrasse à proposta da sua entidade para a Câmara Técnica de Política de Reajuste e Revisão Técnica. Sobre ao reajuste por faixa etária, lembrou que a agenda apresentada na reunião passada tinha três blocos: modelo de regulação, modelo assistencial, e regulamentação, sendo que o terceiro continha temas da órbita de resoluções da Agência e os outros dois, temas a serem redefinidos na lei, por isso o reajuste por faixa etária aparecia duas vezes. Reconhecendo que houve uma impropriedade nesse sentido, acolheu a sugestão de que o mesmo fosse tratado como sexto ponto. Referindo-se ao que foi dito pela Dra. Lynn sobre a conduta da Agência a partir do fechamento da “agenda da regulamentação”, ressaltou que o propósito da Diretoria Colegiada nunca foi o de deixar de lado temas que estivessem fora dessa pauta conjunta, fato que poderia ser notado inclusive pela metodologia de funcionamento que estava sendo aprovada naquela oportunidade, e que a Agência sempre respeitou e continuaria respeitando a interação com a Câmara, como órgão consultivo. Por último, informou que brevemente as diretrizes para o registro definitivo das operadoras seriam submetidas ao conhecimento e avaliação daquele fórum, que decidiria quanto à necessidade de instrumentos capazes de viabilizar esse debate. Tendo recebido a aprovação do calendário e os cinco primeiros itens da pauta de 2002, anexados à presente ata, encerrou a 22ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, agradecendo a presença e a participação de todos.

438

439

440

441 Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

442

443

444 Conselho Federal de Medicina

445

446

447 Conselho Federal de Odontologia

448

449

450 Conselho Federal de Enfermagem

451

452

453 Federação Brasileira de Hospitais

454

455

456 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

457

458

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

460

461

ATA DA VIGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

462 Confederação Nacional do Comércio
463
464
465 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC
466
467
468 Autogestão- CIEFAS
469
470
471 Empresas de Medicina de Grupo- SINAMGE
472
473
474 Cooperativas de Serviços Médicos- UNIMED
475
476
477 Empresas de Odontologia de Grupo- SINOG
478
479
480 Cooperativas de Serviços Odontológicos- UNIODONTO
481
482
483 Entidades de Portadores de Deficiência e Patologias Especiais
484
485
486 Seguradoras- FENASEG
487
488
489 Associação Médica Brasileira - AMB