

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Às onze horas do dia trinta e um de janeiro de dois mil e dois, no Naoum Plaza Hotel, situado no Setor Hoteleiro Sul- Quadra 05- Bloco "H-I", nesta cidade de Brasília, foi realizada a **vigésima quarta** reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 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 nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da M.P. nº 2.177-versão 44. 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. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**-Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras; Dra. **Maria Stella Gregori**- Diretora de Fiscalização e, Dr. **Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**- Diretor de Desenvolvimento Setorial. Compareceram os representantes das seguintes entidades: Dr. **Aloísio Barboza de Araújo**, do Ministério da Fazenda; Drs. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho** e Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do Conselho Federal de Medicina-C.F.M.; Dr. **José Mário Moraes Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia-C.F.O.; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais-F.B.H.; Drs. **José Francisco Schiavon** e **Miguel Jorge Rosa Neto**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços-C.N.S.; Drs. **Onécio Silveira Prado Júnior** e **José Luiz Spigolon**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas-C.M.B.; Dr. **Vitor Gomes Pinto**, da Confederação Nacional da Indústria-C.N.I.; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, da Confederação Nacional do Comércio-C.N.C.; Dra. **Lucia Helena Magalhães Lopes da Silva**, da Fundação Procon-São Paulo; Dra. **Andrea Salazar**, do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC; Drs. **José Antônio Diniz de Oliveira**, do CIEFAS, e **Sérgio Cândio**, da ABRASPE, representantes do segmento de autogestão; Drs. **Arlindo de Almeida** e **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINAMGE, representantes das empresas de medicina de grupo; Drs. **Celso Corrêa de Barros** e **José Claudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, representantes das cooperativas de serviços médicos; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOOG, representante das empresas de odontologia de grupo; Drs. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, representantes das cooperativas de serviços odontológicos; Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli**, representante das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais; Drs. **Heráclito de Brito Gomes Júnior** e **Pedro Antonio Fazio**, da FENASEG, representantes das seguradoras; e, Drs. **Eleuses Vieira de Paiva** e **Samir Dahas Bittar**, da Associação Médica Brasileira-A.M.B. Participaram ainda como convidados: Dr. **Sérgio Augusto Ligiero Gomes**, do Ministério da Justiça; Dr. **Celso Barbosa de Almeida**, do Ministério da Fazenda; Dr. **Álvaro Luiz Salgado Pinto**, do Conselho Federal de Medicina; Dr. Marcos Antônio Costa, da Social Democracia Sindical-S.D.S.; e, Drs. **Maurício Lopes** e **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada um dos presentes recebeu uma pasta com a minuta da ata da reunião anterior e a pauta da 24ª com os seguintes itens: informes; leitura, discussão e deliberação da ata da 23ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; e, Política de Reajuste e Revisão Técnica. O Dr. **Januario** iniciou a reunião saudando a presença de todos e apresentando desculpas, em nome da Diretoria Colegiada, pelo seu atraso. Comunicou que: justificaram suas ausências os representantes do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN e Dr. Mário Scheffer, do Conselho Nacional de Saúde, que, naquele dia, participava do II Fórum Social Mundial; e, que havia sido publicada a portaria nomeando o Dr. Sérgio Cândio, da ABRASPE, como representante suplente do segmento da autogestão. Após, submeteu à apreciação a minuta da ata da 23ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar com os ajustes feitos pelos representantes do C.F.O., da C.N.C. e da A.M.B., e tendo sido aprovada por unanimidade, solicitou que fosse assinada. Em seguida, conforme deliberado naquele plenário, lembrou que a discussão do tema "urgência e emergência" seria em fevereiro e "regulamentação das relações entre

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

53 operadoras e prestadores” em março, sendo que os prazos para que as entidades
54 encaminhassem suas propostas sobre os mesmos eram, respectivamente, até aquela
55 reunião e até a de fevereiro. Informou que a Agência, como foi autorizada, havia
56 distribuído aos membros da Câmara o parecer do IDEC que tratava da mobilidade. Na
57 seqüência, pediu ao Dr. Barroca que discorresse acerca do item da pauta daquela reunião-
58 “Política de Reajuste e Revisão Técnica”. O **Dr. Barroca** disse que o objetivo era trazer
59 para aquele fórum o resultado dos trabalhos da primeira etapa da Câmara Técnica de
60 “Política de Reajuste e Revisão Técnica”, assunto que enfrentava muitos dissensos e
61 precisava ser debatido continuamente, a fim de que se chegasse à metodologia mais
62 adequada possível para o setor de saúde suplementar. Relatou que foi colocado o
63 entendimento de que a Agência autorizava previamente apenas os reajustes dos planos
64 individuais, cerca de 30% do mercado, e que os outros 70% eram de planos coletivos que
65 não dependiam dessa autorização, sendo apenas monitoradas pela ANS, o que já
66 facultava à operadora corrigir a contraprestação pecuniária de seus prestadores. Antes de
67 apontar as teses e as propostas que foram debatidas, cujas posições das entidades
68 constavam do **Anexo I** “MAPEAMENTO DAS TESES - REAJUSTE 2002/2003” e **Anexo II**
69 “MAPEAMENTO DAS PROPOSTAS - REAJUSTE 2002/2003”, peça integrante dessa ata, para
70 melhor visualização das mesmas, apelou para que os membros da Câmara de Saúde
71 Suplementar, num primeiro momento, não entrassem no mérito dessas e somente
72 fizessem as ratificações ou retificações de seus votos na Câmara Técnica. Prosseguindo,
73 relatou as duas teses que foram discutidas. A tese de confecção de um índice de preços
74 regional, que teve o dissenso da FENASEG e foi apoiada pelas entidades: UNIODONTO,
75 UNIMED, C.N.C., F.B.H., S.D.S., C.M.B., A.M.B., C.N.S., do CIEFAS, C.F.M., SINANGE,
76 SINOG, Ministério da Fazenda, Ministério da Justiça, COFEN, PROCON e IDEC. E a de que
77 fosse estudada a possibilidade de um percentual adicional ao do reajuste para ser
78 repassado aos prestadores de serviços, que incidisse sobre custos não incorridos- “em
79 ser”. Essa recebeu o apoio da F.B.H., UNIODONTO, UNIMED, FENASEG, C.M.B., da C.N.S.,
80 do C.F.M., SINAMGE, SINOG; o dissenso da C.N.C., S.D.S., A.M.B., do CIEFAS, do Ministério
81 da Fazenda, do Ministério da Justiça, COFEN, PROCON e IDEC; e declaração de votos: da
82 C.N.C., defendendo a não-vinculação do reajuste dos prestadores com repasse à
83 mensalidade, dada a diferença entre recomposição de custos incorridos e custos “em ser”;
84 da S.D.S., preocupando-se com a sobreposição de índices, pois o adicional poderia estar
85 contemplado nos reajustes autorizados pela Agência; e da C.N.S., F.B.H., A.M.B. e do
86 C.F.M. a favor de que o índice autorizado pela Agência contemplasse o repasse de custos
87 incorridos aos prestadores, independentemente do adicional que viesse a ser determinado.
88 Abriu a palavra para manifestações, conforme apelo inicial. O **Dr. Albucacis** expôs que a
89 C.N.C. retificava sua posição para “consenso” na segunda tese, frente ao esclarecimento
90 feito pelo Dr. Barroca de que a Agência, preliminarmente, estudaria a possibilidade de um
91 adicional vinculado ao repasse para os prestadores de serviço e definiria ainda o seu
92 encaminhamento. Alertou quanto ao problema de se falar em índice, pois não se
93 referendava um índice único para todos esses prestadores, cujo o peso em uma planilha
94 de custos era bastante variável, e, também, oscilava entre as operadoras. O **Dr. Eleuses**,
95 acreditando que o representante da A.M.B. na Câmara Técnica, por alguma confusão,
96 cometeu um equívoco, alterou o voto da sua entidade para favorável à segunda tese. No
97 entanto, assinalou a preocupação com o fato de se adotar um único índice de reajuste,
98 porque as empresas nem sempre usavam o mesmo referencial para a remuneração de
99 seus prestadores e o impacto desse seria diferente, variando de operadora para
100 operadora. Além disso, consignou que, apesar da transparência que a Agência vinha
101 dando aquele debate, era preciso que os atores nele envolvidos tivessem acesso: a dados
102 de planilhas específicas que cada empresa teria de elaborar, para dar credibilidade ao
103 processo e evitar eventuais prejuízos ou acusações de favorecimento; e, à maiores
104 informações, principalmente econômicas, capazes de subsidiar melhor a análise das

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

105 propostas, aumentando o grau de confiança entre as partes e as chances de se encontrar
106 o ponto de equilíbrio. A **Dra. Lucia Helena** disse ter participado das reuniões da Câmara
107 Técnica, e que, no seu entendimento, estava se propondo um índice destinado aos
108 prestadores além do autorizado pela Agência. Dessa forma, pediu que fosse elucidado se
109 esse último incluía ou não aquele primeiro adicional. A **Dra. Regina** defendeu a
110 importância de que as propostas fossem claras e bem detalhadas, para que as entidades
111 tivessem mais segurança no julgamento das mesmas. Com o objetivo de coibir o
112 argumento de que os prestadores, sem reajustes há sete anos, oneravam o mercado,
113 defendeu também que se pensasse numa maneira de destacar o percentual desses
114 prestadores nos reajustes praticados pelas empresas. O **Dr. Barroca** declarou retificadas
115 as posições da C.N.C. e da A.M.B. quanto à segunda tese, que passaram para o consenso
116 e deram ênfase à necessidade de se aprofundar bastante a metodologia do seu
117 encaminhamento. Respondeu à Dra. Lucia Helena que a tese continha a discussão do
118 reajuste geral envolvendo a recomposição de custos incorridos, acrescida da possibilidade
119 de se tratar os custos “em ser” através de um índice adicional, e que, pelo fato de não ter
120 uma metodologia definida, principalmente acerca do repasse aos prestadores, não se
121 configurava como uma proposta. Concordou com a Dra. Regina no sentido de que, no
122 encaminhamento da tese, se buscasse um modo de destacar o reajuste dos prestadores.
123 Explicando as propostas, disse que elas foram divididas nos blocos denominados de:
124 “planilhas”, “yardstick” e “índice de utilização”, e que essas nove proposições de
125 metodologia para o reajuste discutidas na Câmara Técnica tinham o seguinte conteúdo: a
126 primeira- de planilha de custos por operadora com reajuste linear para carteira individual;
127 a segunda- de planilha de custos por operadora com a possibilidade de reajuste
128 diferenciado por faixa etária dentro da carteira de individuais; a terceira- de planilha de
129 custos por operadora com reajuste diferenciado para cada um de seus planos, dentro da
130 carteira dos individuais; a quarta- de *yardstick*, com a mecânica do ano passado,
131 reajustando as despesas assistenciais, que pesavam 75% do total das despesas, pela
132 variação dos planos coletivos, e as administrativas, que pesavam 25% do total de
133 despesas, pela variação do IPCA; a quinta- de *yardstick*, prevendo o repasse da média da
134 variação dos planos coletivos para 100% das despesas, sem a ponderação pelo IPCA das
135 administrativas; a sexta- de recomposição do índice de utilização pela média da carteira, o
136 que no segmento terciário, por exemplo, se faria pela média do comprometimento das
137 despesas médico-hospitalares dentro das despesas gerais; a sétima- de recomposição por
138 índice de utilização comparada à média do segmento por plano e não à carteira dos
139 individuais; a oitava- uma combinação da primeira com a quarta proposta, de *yardstick*
140 com teto do individual pela média do plano coletivo, ponderando as despesas
141 administrativas pelo IPCA, e de planilha com reajuste linear para a carteira de planos
142 individuais; a nona- uma combinação da primeira com a quinta proposta, de *yardstick* com
143 reajuste do individual em 100% da média de variação dos coletivos, e de planilha com
144 reajuste linear para a carteira de planos individuais. Terminou a apresentação do mapa de
145 consensos e dissensos, ressaltando que todos os participantes da Câmara Técnica
146 puderam pronunciar o seu apoio ou discordância às propostas sem qualquer restrição, pois
147 a Agência, na busca do quase impossível, considerou que esse modelo era o mais
148 adequado para as aproximações. Solicitando que as entidades se manifestassem sobre o
149 mapa de consensos e dissensos, registrou, a pedido do **Dr. Heráclito**, que a FENASEG
150 deixava de ser favorável à segunda proposta, porque essa traria fortes dificuldades
151 operacionais para ser implementada. Assim, não havendo outras alterações, validou o
152 respectivo mapa e informou que já constariam dos **Anexos I e II** desta ata as retificações
153 dos votos da AMB e CNC quanto à segunda tese, e da FENASEG quanto à segunda
154 proposta de metodologia para o reajuste. Após, afirmou que a ação da Agência continuava
155 sendo norteadas pelos pressupostos de: transparência; aceitação pública; respeito a
156 opinião pública; estímulo ao desempenho das empresas na busca da qualidade e redução

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

157 de custos; e, compartilhamento de responsabilidades. Afirmou ainda que a preocupação
158 era a de que o reajuste não perdesse de vista as especificidades do mercado e o momento
159 de adaptação que todos viviam, a fim de não gerar novas falhas de mercado. Sobre as
160 referidas propostas, comunicou que a Agência havia avaliado que: o bloco chamado
161 planilhas poderia não ser adequado, porque tratava de repasse automático de custos para
162 os preços, ao passo que as propostas com índice de utilização assemelhavam-se ao
163 “gatilho”, o que poderia significar um indexador para o setor, não desejado por ninguém;
164 e, que a base da metodologia usada em 2001 continuava sendo a mais oportuna,
165 ressaltando adicionalmente que ANS buscava a estruturação de um sistema de captura e
166 monitoramento da variação dos principais insumos de saúde no País, inclusive com as
167 variações regionais. Frisou que, no sentido de construir esse sistema, de difícil montagem
168 e implantação pela sua magnitude, a Agência não estava parada e que o seu banco de
169 dados: já dispunha de informações de 41% dos beneficiários de planos coletivos que
170 tiveram reajuste no ano passado, dos quais 95% referiam-se a coletivos com
171 patrocinador; continha elementos sobre mais de 8 milhões e 400 mil usuários de planos
172 coletivos, os quais tinham os seus reajustes monitorados; tinha a expectativa era
173 abranger até o final de fevereiro 50% do universo 20 milhões desses usuários. Concluiu
174 que isso demonstrava a consistência que o cadastra vinha adquirindo para que se pudesse
175 verificar o que efetivamente acontecia na variação dos planos coletivos e que, por isso, a
176 Agência estava se predispondo a manter a base da metodologia- do *yardstick*, além de
177 discutir a revisão técnica. O **Dr. Onécio** reiterou que a sua entidade julgava necessário
178 que a proposta de reajuste contemplasse a opção por uma planilha de custos a ser
179 submetida à análise da Agência, justamente porque isso poderia ser o instrumento de
180 socorro às operadoras que estivessem com seus valores defasados, evitando que
181 chegassem a uma revisão técnica. A **Dra. Regina**, acreditando que o tema exigia um
182 fator fundamental para avançar que era a questão de princípio, disse que o C.F.M. estava
183 participando daquela discussão com boa vontade, mas que tinha absoluta certeza de que,
184 se não houvesse transparência e conhecimento da metodologia a ser utilizada,
185 provavelmente a sua entidade não concordaria com nenhuma proposta. Uma vez que
186 todos ali eram representantes políticos de seus segmentos e tinham deveres perante a
187 sociedade, fez questão de deixar um registro para que posteriormente não lhe fosse
188 cobrada coerência, consignando que era favorável à planilha de custo, pois essa parecia
189 ser a metodologia mais razoável, mas que era preciso ficar claro a condição de que se
190 tivesse acesso aos dados que levavam ao seu resultado. Complementou que esse
191 resultado, dependendo da forma como se manipulava os elementos da metodologia,
192 poderia onerar ou valorizar mais ou menos determinados insumos na planilha, os quais
193 tinham juízos de valor diferenciados. Salientou que fazia essa manifestação, porque isso
194 não estava expresso no mapa, onde as palavras “consenso e dissenso” não traduziam na
195 íntegra os posicionamentos frente a uma proposta. Finalmente, apelou para que a Agência
196 tentasse se profissionalizar um pouco acerca das metodologias empregadas, que, na sua
197 opinião, não estava vencida, para que se pudesse dizer que houve realmente um
198 consenso. O **Dr. Barroca**, a propósito do que falou a Dra. Regina, assegurou que a
199 Agência se sentia absolutamente confortável para dizer que estava respeitando todos os
200 princípios regulatórios, pautando-se pela transparência do debate, inclusive da revisão
201 técnica, e que havia acatado muitas demandas, como a profissionalização da montagem
202 de um sistema de variação de custo regional. Porém, assegurou que essa metodologia não
203 era algo simples e necessitava de um grande aprofundamento técnico, porque não havia
204 acúmulo na sociedade para ela. O **Dr. Samir**, como nas últimas reuniões havia insistido
205 veementemente no reajuste dos honorários médicos, mencionado pelo Dr. Eleuses,
206 sentiu-se no dever de trazer algo que não tinha nenhuma pretensão técnica, mas que
207 pudesse respaldar a sua insistência quanto à insustentabilidade dos valores de honorários
208 médicos praticados. Por isso, expôs que, num pequeno estudo, pegou o exemplo de um

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

profissional com a seguinte situação: diariamente - utilizava o seu consultório em meio período, fazia cerca de 18 atendimentos e despendia de quatro a cinco horas de trabalho, minimamente qualificado; mensalmente - dava um total de 140 consultas e atendia, com os retornos, a pelo menos 300 pacientes. A expectativa de renda bruta desse profissional era de R\$ 4 mil, equivalente a R\$ 48 mil anual, que tinha a incidência de 15% sobre R\$ 20 mil e de 21% sobre os R\$ 28 mil de imposto de renda e ele gastava perto de R\$ 1.600 com a infra-estrutura e manutenção do consultório. Partindo do valor de R\$ 20,00 que as empresas pagavam por consulta e descontando o imposto de renda e o custo com o consultório, restava aos médicos a quantia líquida de R\$ 613,00 por mês. Destacou que esse estudo indicava que havia motivo mais do que suficiente para justificar o pleito dos médicos, que só não abandonavam a profissão porque alimentavam a esperança de resgatar a sua valorização, e que qualquer reajuste a eles concedido representaria um aumento real. A Dra. **Andrea**, elogiando o trabalho de condução da Câmara Técnica feito pelo Dr. Maurício, afirmou que era bastante interessante a discussão na mesma, fórum onde existia a oportunidade de se conhecer melhor a postura e as propostas de cada um. No entanto, manifestou a frustração do IDEC no sentido de que as propostas não tinham evoluído em nada e eram as mesmas do ano passado, acrescentando que todo aquele trabalho poderia ter sido poupado se a Agência assumisse que já tinha uma posição para o assunto, como nesse caso parecia ser a do *yardstick*. Acerca da metodologia para o reajuste, perguntou se essa continuaria sendo adotada em caráter provisório e até quando isso aconteceria. E, mesmo compreendendo as dificuldades para se estabelecer um índice com todas as variações e complexidades do mercado, disse ser importante que esse fosse definido e não servisse apenas como um balizador. O **Dr. Heráclito** explicou que a FENASEG defendeu a proposta das planilhas porque era a metodologia mais adequada para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, já que contemplava não só os aumentos de custo como também de frequência de utilização. Ressaltou ainda que as diferenças entre planos individuais e coletivos eram gritantes, como incidência, frequência, gerenciamento, etc., e que o comportamento de custos nos planos coletivos estava sendo fortemente impactado por mudanças propostas pelas empresas contratantes, visando redução de custos como alteração de acomodação, inclusão de co-participação e franquias, mudanças essas que eram negociadas em troca de aumento dos custos, o que tornava mais distante a relação entre a variação dos custos dos planos coletivos e individuais. Lembrou que se buscava o equilíbrio do sistema como um todo e não indexações automáticas, pois o próprio mercado estava se regulando com extrema competitividade, e que a falta de uma recomposição de custos poderia levar a operadora à revisão técnica, o que não era o desejo de ninguém. Por último, mencionou que estava impressionado com o amadurecimento dos debates, onde, apesar dos diversos interesses, a preservação daquele sistema e o consenso quanto às planilhas foram preponderantes. A Dra. **Lucia Helena**, embora as propostas tivessem sido apoiadas pela maioria das operadoras e prestadores, discordou de todas as alternativas quanto à metodologia de reajuste expressas no mapa de consensos e dissensos, principalmente porque nenhuma delas oferecia a transparência necessária para os consumidores. Para tanto, argumentou que: os planos individuais tinham uma realidade distinta dos coletivos e, mesmo existindo um número maior de informações sobre os reajustes dos coletivos, ainda não se sabia que índices repassavam para seus usuários; e que nas planilhas as operadoras poderiam, de modo arbitrário e unilateral, inserir dados desconhecidos ou cálculos incompreensíveis. Sobre o índice de preço, ratificou a fala da Dra. Andréa, por sentir que a situação do ano passado estava se repetindo e temer que, ao se encontrar o índice, esse servisse apenas como referencial e não efetivamente como base para o reajuste. Tendo em vista que o mais relevante seria achar o rumo definitivo para a determinação de uma política de reajuste, solicitou esclarecimento do que a Agência estava pensando em relação ao índice. O **Dr. Celso Barros**, como representante político, registrou que havia de se reconhecer,

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

conforme evidenciado pela A.M.B., que a situação dos médicos era muito grave, quase insustentável, e que certamente a assistência aos consumidores poderia ser melhorada se os médicos não fossem tão mal remunerados. Quanto à Câmara Técnica de Reajustes, apesar do amadurecimento dito pelo Dr. Heráclito, observou que nela se presenciava a mesma situação do ano passado, onde fatores fundamentais não estavam sendo considerados, citando: o crescimento da utilização, o envelhecimento da população, e, a exemplo das cooperativas que estavam pagando mais impostos do que as sociedades de capital, as questões tributárias. Para reforçar as dificuldades enfrentadas pelo setor, que também tinham de ser levadas em conta, enumerou alguns itens que, comparados ao ano de 2.000, aumentaram os custos das cooperativas: laboratório- 25%, hospitais e imagem- 32%; o pagamento de próteses e órteses, incluídos na lei; e, o ônus com decisões judiciais que, às vezes inadequadamente, garantiam direitos à contratos antigos. Além disso, acentuou que, como fazia pressão, esse mercado sofria controle de preço, determinação de teto máximo, etc., em virtude da insensibilidade do Governo Federal, que adotava o modelo neoliberal para algumas coisas e para outras não. Por todos os seus argumentos, constatou que o tema reajuste tinha mesmo de ficar como o primeiro na lista de dezesseis, porque todos se preocupavam com o equilíbrio do sistema e tentavam conciliar as perdas acumuladas com os interesse do consumidor e dos prestadores, e que, apesar dos avanços no trabalho da ANS, o mercado não sabia o tempo que resistiria até que se chegasse à metodologia ideal. O **Dr. José Mário** endossou as colocações do Dr. Samir, pois era público que havia dentista pagando para trabalhar. Alegou que o profissional de Odontologia, além de elevados custos operacionais, tinha gastos com material de consumo e com serviços terceirizados, e colocou ser inaceitável que as operadoras não reajustassem os honorários de seus prestadores, os quais executavam os serviços aos usuários. O **Dr. Alarcon** parabenizou o Dr. Samir por ter mostrado a falta de condições de trabalho que vivia o profissional liberal da área de saúde, e, conforme levantado pelo colega do C.F.O., confirmou que na Odontologia a situação era mais perversa do que na Medicina. Recordando que, desde o ano passado, sua entidade se preocupava com a garantia da qualidade dos serviços, atentou para o fato de que seria praticamente impossível mante-la com os baixos honorários pagos aos prestadores, o que era sério para o consumidor, e responsabilizou a Agência por agravar as dificuldades não permitindo que se pudesse exigir do profissional exclusividade. O **Dr. Pedro Fazio**, referindo-se à justificativa da Dra. Lucia Helena ao seu voto contrário às planilhas, admitiu que essas poderiam ser imperfeitas, mas revelou-se ofendido porque não havia, por parte da sua entidade, qualquer propósito de agir com deslealdade ou gerar desconfiança quanto aos dados que apresentasse. Disse que na Câmara Técnica, onde a Agência buscava bases para decidir e deveria continuar se pautando pelo princípio do profissionalismo, a proposta de combinar o *yardstick* com algum tipo planilha teve uma baixíssima rejeição, denotando que, mesmo não sendo a ideal, norteava o trabalho para que não se ficasse à mercê do improviso. Defendeu que o adicional dos prestadores não fosse linear, mas avaliado de empresa por empresa, na planilha, para que cada um pudesse respeitar seu mercado e balizar a negociação com os prestadores, porque o sistema preocupava-se com o resultado de seus negócios. O **Dr. Barroca** assinalou a satisfação com a anuência dada à base da proposta do ano passado e que a Agência era receptiva a qualquer estudo de insumos existente para o setor, porque não havia refluído na perseguição de um índice setorial, cuja a montagem, como todos puderam notar, não era simples, mas reiterou que em nenhum momento pensou em indexação. Discordou do Dr. Alarcon, por entender que a unimilitância, num mercado 70% concorrencial, ao contrário de garantir a qualidade dos serviços, poderia escravizar o profissional sem lhe proporcionar algo melhor. Discordou também do Dr. Celso de que a política do Governo era neoliberal, pois que o sistema UNIMED ignorava as determinações do Congresso Nacional e insistia que o contrato antigo continuasse valendo. Sobre a política de Revisão

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

313 Técnica, cuja discussão seria iniciada na Câmara Técnica, comentou que os setores
314 falavam que não queriam chegar à ela, mas que tinha a impressão de que não
315 compreendiam exatamente o que era esse mecanismo. Por isso, chamou o Dr. Maurício
316 para explicar a mesma. O **Dr. Maurício** mostrou que a metodologia seguida pela Agência
317 para a Revisão Técnica, a partir da RDC nº 27, não era simplesmente um enquadramento,
318 mas um sistema de procedimentos, um conjunto de medidas, que poderiam ser adotadas
319 com vistas à correção de desequilíbrios na carteira de planos privados que pudessem
320 comprometer a solvência e a liquidez da operadora, mediante remodelagem integral ou
321 parcial dos produtos, combinada ou não com o reposicionamento dos valores das
322 contraprestações pecuniárias. Diante disso, apontou que a Revisão Técnica era um
323 instrumento de reequilíbrio caso a operadora estivesse de fato necessitando de correção
324 na sua carteira, onde ela não poderia apenas incrementar linearmente os preços ou as
325 contraprestações pecuniárias, mas tinha de oferecer opções aos seus beneficiários e
326 alternativas para corrigir a estrutura dessa carteira. Prosseguiu explicando a metodologia
327 da Revisão Técnica. O processo percorria três etapas: a do enquadramento, a da
328 implementação e a do acompanhamento. O enquadramento era o momento de verificação
329 de algum desequilíbrio que a operadora pudesse apresentar, analisando se esse: primeiro,
330 poderia afetar os seus compromissos na prestação continuada dos serviços de assistência
331 à saúde; segundo, estaria vinculado à despesa médico-hospitalar e não à administrativa
332 nem à de recomposição ou situação financeira da operadora junto a entidades financeiras,
333 porque ele tinha de ser decorrente tão-somente de variação de custo ou frequência de
334 procedimento; e terceiro, seria grande o suficiente para ameaçar a solvência e a liquidez
335 da operadora. Os dois primeiros itens eram analisados com base no conjunto de carteiras
336 da operadora, individual e familiar e coletivos, patrocinados e não patrocinados. O terceiro
337 não focava apenas a carteira, mas a operação como um todo fazendo uma análise
338 econômico-financeira daquela operadora. Naquele momento, a Agência poderia requerer a
339 instalação do plano de recuperação. Na implementação era feita a cisão das carteiras de
340 planos individuais, coletivos patrocinados e não-patrocinados, analisando-as distintamente
341 para saber exatamente onde estava o desequilíbrio da operadora, identificando inclusive
342 em quais contratos esse se dava. A partir daí, a análise da carteira de planos individuais e
343 familiares, parcela que a Agência de fato estudava junto com a operadora e validava
344 propostas de alteração a serem oferecidas aos seus beneficiários, era feita da seguinte
345 forma: os planos superavitários não eram alterados; no conjunto de planos deficitários,
346 verificava-se o tamanho do desequilíbrio como despesa total a ser colocada como passível
347 de recuperação; para esse montante a operadora propunha opções, sendo que pelo menos
348 uma sem variação da contraprestação pecuniária, que após validada pela Agência, seria
349 oferecida aos seus usuários, aos quais era garantido o livre direito de escolha. Especificou
350 que a operadora poderia propor opções alternativas como remodelagem de rede,
351 ressegmentação do plano do beneficiário, introdução de franquia ou co-participação,
352 combinados ou não com o reposicionamento de contraprestação pecuniária. Para a
353 carteira de planos coletivos, a Agência não validava nenhuma reposição de valores ou
354 alterações específicas de qualquer plano ou contrato, apenas apontava quais eram os
355 planos deficitários e autorizava a operadora a corrigir essa parcela da carteira, exigindo o
356 ajuste desse desequilíbrio dentro de um prazo predeterminado. Para concluir a
357 implementação do processo de revisão técnica era assinado o termo de adesão pela
358 operadora, que estabelecia metas de: melhoria gerencial, administrativa e assistencial,
359 programas que visassem à redução futura de custos, aumento da sua eficiência, enfim,
360 tudo o que trouxesse mais benefícios aos usuários, e fixava prazos para a realização das
361 mesmas. O cumprimento de tudo que estava previsto naquele termo passava a ser objeto
362 de acompanhamento pela Agência. Constatou que nos casos submetidos à análise da
363 Agência, que não eram poucos, foram detectados desequilíbrios em carteira de planos
364 individuais e em muitas de planos coletivos não decorrentes de autorização prévia de

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

365 reajuste, o que poderia contaminar a solvência e liquidez da operadora e os serviços
366 prestados nos individuais. O **Dr. Barroca**, agradecendo ao Dr. Maurício, pediu que as
367 entidades se manifestassem até o dia 15 de fevereiro, pois a Agência havia recebido
368 apenas três propostas de modificação da RDC de Revisão Técnica. Questionado pelo **Dr.**
369 **Egberto** se a discussão seria apenas do inciso III do art. 6º da referida RDC, respondeu
370 que a proposta inicial da Agência era a de discutir aquele inciso, mas que estava aberta a
371 receber qualquer proposta das entidades sobre o processo de revisão técnica. O **Dr.**
372 **Januario**, inicialmente, acatou uma sugestão do **Dr. Alarcon** de disponibilizar para todos
373 da Câmara de Saúde Suplementar os *slides* das apresentações dos Diretores, inclusive os
374 da última reunião. Antes de falar sobre os avanços do processo de regulamentação,
375 comentou que ficou muito satisfeito que alguns agentes tivessem levantado uma certa
376 contradição nas ações do Governo Federal, os quais consideravam que esse tinha uma
377 postura neoliberal em determinadas circunstâncias e não-neoliberal em outras. Frisou que,
378 ao contrário do neoliberalismo que colocava o mercado como único parâmetro do
379 desenvolvimento, o Governo Fernando Henrique Cardoso não era e estava absolutamente
380 distante de ser um governo neoliberal, enfatizando que esse investia num grande processo
381 de reestruturação econômica e social e de reconstrução da cidadania, porque,
382 diferentemente da prática intervencionista que já havia existido no País, acreditava na
383 necessidade de uma ação efetiva e reguladora do Estado, a exemplo da própria lei de
384 regulamentação dos planos e da ANS. Posteriormente, parabenizou o Dr. Barroca, a sua
385 equipe e todos que participaram daquela Câmara Técnica, pelo trabalho efetuado que era
386 de altíssimo nível e refletia o amadurecimento dos atores nele envolvido, os quais se
387 relacionaram de maneira mais transparente e aberta, complementando que esse
388 comportamento, aliado à consistência e ao volume de informações já obtidas, poderiam
389 demonstrar o crescimento que se estava experimentando no processo de regulamentação.
390 Registrou que esse Governo atuou na estabilização da economia, no que foi e continuava
391 sendo vitorioso, evitando indexar qualquer dos seus setores, objetivo ao qual a Agência se
392 submetia, mas continuava com a postura de construir um índice para esse segmento.
393 Evidenciando a importância desse, uma vez que o componente “custos de saúde” não
394 tinha a visibilidade desejada em nenhum dos indicadores utilizados na economia e
395 referenciados pela sociedade, destacou que, apesar das dificuldades, a sua elaboração
396 vinha gradativamente ganhando substância. Disse que a equipe do Dr. Barroca apresentou
397 uma proposta estruturada, a qual dava transparência aos dados disponíveis e permitia que
398 eventuais ajustes fossem melhor avaliados, por exemplo, no processo de revisão técnica,
399 consignando que essa foi apoiada pela Diretoria Colegiada e que começava a se consolidar
400 como opção de transição, enquanto não fosse aperfeiçoado o método “yardstick”. Expôs
401 que a Agência, seguindo as diretrizes do Governo, se preocupava com o equilíbrio do
402 mercado, porém jamais entendeu que a política de reajuste ou de preços era o único
403 instrumento para resolver desacertos, tanto que agiu efetivamente com o Ministério da
404 Saúde equacionando aspectos tributários do setor e, nesse sentido, ressaltou que a
405 revisão técnica poderia ser uma alternativa para solucionar alguns desequilíbrios. Frente
406 ao avanço do processo regulatório como um todo, mostrou-se particularmente otimista
407 com a atitude de cada um dos representantes das entidades da Câmara de Saúde
408 Suplementar de enfrentar o debate franco e aberto dos seus problemas, o que
409 proporcionava a sensação de que se estava num rumo capaz de trazer maiores resultados,
410 e apelou para que continuassem com essa postura que era bastante incentivada pela
411 Agência. Para finalizar, reiterou o pedido de desculpas pelo atraso ocorrido no início da
412 reunião e, agradecendo a presença e a participação de todos, encerrou a 24ª reunião da
413 Câmara de Saúde Suplementar.

414

415

416

417 Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

418
419
420 Ministério da Fazenda
421
422
423 Conselho Federal de Medicina
424
425
426 Conselho Federal de Odontologia
427
428
429 Federação Brasileira de Hospitais
430
431
432 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
433
434
435 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
436
437
438 Confederação Nacional do Comércio
439
440
441 Confederação Nacional da Indústria
442
443
444 Fundação PROCON
445
446
447 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC
448
449
450 Autogestão
451
452
453 Empresas de Medicina de Grupo- SINAMGE
454
455
456 Cooperativas de Serviços Médicos- UNIMED
457
458
459 Empresas de Odontologia de Grupo- SINOGE
460
461
462 Cooperativas de Serviços Odontológicos- UNIODONTO
463
464
465 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais
466
467
468 Seguradoras- FENASEG
469
470
471 Associação Médica Brasileira – AMB

ATA DA VIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

ANEXO I MAPEAMENTO DAS TESES REAJUSTE 02/03	POSIÇÃO DAS ENTIDADES	
	CONSENSO	DISSENSO
1ª- Confecção de índice de preços regional	CNS, FBH, CFM, AMB, CNC, SDS, MF, MJ, CMB, COFEN, PROCON, IDEC, CIEFAS, SINOG, SINAMGE, UNIMED, UNIODONTO	FENASEG
2ª- Percentual adicional vinculado a repasse a prestador de serviço	CNS, FBH, CMB, CFM, CNC, AMB, FENASEG, SINAMGE, SINOG, UNIMED, UNIODONTO	CIEFAS, COFEN, SDS, MF, MJ, IDEC, PROCON

ANEXO II MAPEAMENTO DAS PROPOSTAS REAJUSTE 2002/2003	POSIÇÃO DAS ENTIDADES		
	CONSENSO	DISSENSO	ABSTENÇÃO
1ª- Planilha de custos por operadora – reajuste linear para a carteira	SDS, CFM, AMB, FBH, CNS, CNC, CMB, CIEFAS, SINOG, SINAMGE, FENASEG, UNIMED, UNIODONTO	PROCON, IDEC, COFEN, MF, MJ	
2ª- Planilha de custos por operadora – reajuste diferenciado por faixa etária	CNC, FBH, CNS, CFM, SINOG, SINAMGE, CIEFAS, UNIMED	PROCON, IDEC, SDS, MF, MJ, CMB, COFEN, FENASEG	UNIODONTO, AMB
Declaração de voto: - MF sugeriu que a discussão fosse levada para a reunião específica de Revisão Técnica			
3ª- Planilha de custos por operadora – reajuste diferenciado por plano	CIEFAS, CNC, FBH, UNIMED, UNIODONTO	AMB, MF, MJ, CFM, CMB, SDS, COFEN, PROCON, IDEC, SINOG, SINAMGE, FENASEG	CNS
Declaração de voto: - CMB e AMB consideraram a proposta de difícil operacionalização - FENASEG sugeriu que a questão fosse discutida na reunião de Revisão Técnica			
4ª- Yardstick – manutenção de 75% da variação de planos coletivos para as despesas assistenciais e 25% do IPCA para as administrativas	CMB, COFEN, SINOG, SINAMGE, MJ, CFM, CIEFAS, AMB	PROCON, IDEC, SDS, FENASEG, UNIMED, FBH, UNIODONTO, CNS, CNC	MF
5ª- Yardstick- 100% da variação de planos coletivos	CMB, SDS, AMB, MJ, CFM, COFEN, SINOG, SINAMGE, CIEFAS, UNIMED, UNIODONTO	PROCON, IDEC, FBH, CNS, CNC, FENASEG	MF
6ª- Recomposição do índice de utilização comparado à média do Segmento por carteira	CMB, CNC, SINOG, SINAMGE, UNIMED	COFEN, CIEFAS, PROCON, IDEC, FENASEG, UNIODONTO	SDS, MF, MJ, CFM, FBH, CNS, AMB
7ª- Recomposição do índice de utilização comparado à média do segmento por plano	CNC, SINOG, UNIMED, UNIODONTO	CMB, FBH, COFEN, PROCON, IDEC, SINAMGE, FENASEG, CIEFAS	SDS, MF, MJ, CFM, CNS, AMB
8ª- Combinação das propostas 1 e 4	CMB, CFM, CNC, FBH, CNS, AMB, CIEFAS, FENASEG, SINOG, SINAMGE, UNIMED, UNIODONTO	COFEN, MJ, SDS	MF
9ª- Combinação das propostas 1 e 5	CMB, SDS, FBH, CNS, AMB, CFM, CNC, CIEFAS, SINOG, SINAMGE, FENASEG, UNIMED, UNIODONTO	COFEN, MJ	MF

Obs: a AMB fez questão de dizer que qualquer que fosse a metodologia de reajuste, que se contemplasse uma vinculação com os honorários profissionais