Às dez horas do dia vinte e oito de fevereiro 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 quinta** 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 n° 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, e Dra. **Maria Stella Gregori**- Diretora de Fiscalização. Compareceram: Dr. **Paulo Henrique Ferreira Melo** do Ministério da Saúde; **Dr. Aloísio Barboza de Araújo** do Ministério da Fazenda; Dra. **Solange Mara Silvia Braga Bomentre** do Ministério da Previdência e Assistência Social; Dra. **Cibele Gueresi de Mello Osório** do Ministério do Trabalho e Emprego; Dr. **Luis Márcio Araújo Ramos** do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Drs. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho** e **Pedro Pablo Magalhães Chacel** do Conselho Federal de Medicina-C.F.M.; Dr. **Augusto Tadeu Ribeiro Santana** 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.; Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior** da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas-C.M.B.; 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 **Sergio Cândio**, da ABRASPE, do segmento de autogestão; Drs. **Arlindo de Almeida** e **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINAMGE, das empresas de medicina de grupo; Dr. **José Claudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, das cooperativas de serviços médicos; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, das empresas de odontologia de grupo; Drs**. Antônio Ielmo Capel Alarcon** e **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, das cooperativas de serviços odontológicos; Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli**, das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais; Drs. **Heráclito de Brito Gomes Júnior** e **Pedro Antonio Fazio** da FENASEG; e, Dr. **Samir Dahas Bittar** da Associação Médica Brasileira-A.M.B. E, ainda os convidados: Dr. **Leonardo dos Santo Macieira**, do Ministério da Fazenda; e, Dra. **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada representação recebeu uma pasta com a minuta da ata da reunião anterior; a pauta da reunião; e, as propostas apresentadas pelas entidades à ANS sobre urgência e emergência, acompanhada de um resumo das mesmas. A pauta da 25ª estava compostas dos itens: informes; leitura, discussão e deliberação da ata da 24ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; e, Urgência e Emergência – Resolução CONSU nº 13. O **Dr. Januario** iniciou a reunião saudando e agradecendo a presença de todos, e comunicou que justificaram suas ausências o titular das cooperativas médicas, Dr. Celso Corrêa de Barros, que naquela data participava da realização da Assembléia Geral Ordinária da Unimed-RJ e o Dr. Mário Scheffer do Conselho Nacional de Saúde, que estava se desligando daquela Câmara, para a qual o Conselho formalizaria a indicação de nova representação. Comunicou também que foram publicadas as portarias nomeando o Dr. Luis Márcio Araújo Ramos como suplente do CONASS e os Drs. Marcus Antônio Costa e Francisco José Rossi, respectivamente, como titular e suplente da Social Democracia Sindical. Após, submeteu à apreciação a minuta da ata da 24ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar com os ajustes feitos pela C.N.C. e FENASEG, e tendo a mesma sido aprovada por unanimidade, solicitou que fosse assinada. Em seguida, de acordo com a mecânica preestabelecida para os debates naquela Câmara, lembrou que para a 26ª reunião, a se realizar no dia 21 de março, estava pautado o tema "relação entre operadoras e prestadores", cujas sugestões seriam apresentadas,

preferencialmente até aquela data, e, tendo em vista que apenas a FENASEG e a C.N.S. haviam feito isso, apelou às entidades que acelerassem o envio das mesmas, através do endereço eletrônico css@ans.saude.gov.br para facilitar a comunicação entre os integrantes da Câmara de Saúde Suplementar. Frente ao pedido feito pelo **Dr. Augusto Tadeu** de ampliar o prazo para as propostas, dada uma reunião da Câmara Técnica de Odontologia que ocorreria no dia 12 de março, sugeriu que o C.F.O. tratasse a sua análise encaminhada à Câmara Técnica como preliminar, disponibilizando-a imediatamente, e que o resultado posterior fosse incorporado à discussão do dia 21 de março. Por oportuno, esclareceu que o objetivo da Agência ao estabelecer um prazo para o envio das propostas não era o de impor uma restrição, mas o de que as mesmas fossem levadas ao conhecimento prévio das entidades, o que não impedia o seu debate naquele Fórum. Prosseguindo, passou a palavra ao Dr. Barroca para falar do treinamento do Sistema de Informações de Produtos-SIP, cujo material constava do *Cd-Rom* que acabava de ser entregue aos membros da Câmara. O **Dr. Barroca**, acreditando que a iniciativa, mesmo em curso, estava obtendo êxito, relatou que a primeira etapa do treinamento do SIP foi iniciada no dia 18 de fevereiro, com o seu encerramento previsto para o dia 11 de março, onde estava planejado alcançar 359 operadoras, significando 77% dos beneficiários do cadastro da Agência, das quais 110 haviam sido treinadas, num total de 223 técnicos. Em virtude das diversas solicitações recebidas, acrescentou que estava-se organizando uma agenda para a segunda etapa, com eventos já marcados para o dia 13 de março em Campinas e para o dia 14 em Ribeirão Preto, e mais dois dias de treinamento dirigido à dois grupos de técnicos. Acrescentou ainda que, aliado a essa agenda, o SIP fazia parte da página da ANS na *Internet* e as dúvidas poderiam ser dirimidas pelo endereço eletrônico sip@ans.gov.br e pela Central de Atendimento à Operadoras da DIOPE. Finalizou acentuando que o compromisso assumido vinha sendo cumprido, valorizando esse sistema como um importante insumo para a regulação com o qual todo o mercado se familiarizava. O **Dr. Januario** complementou que para a Agência tanto o DIOPS, que dava capacidade de acompanhamento das operadoras e de intervenção, quanto o SIP, que aumentava a capacidade de formulação das ações de assistência à saúde, faziam parte do seu planejamento estratégico, no sentido de avançar na unificação dos mesmos, agilizando a captura e o fornecimento dos seus dados, perseguindo informações mais qualificadas. Acerca do item principal da pauta, Urgência e Emergência, e os previstos para as duas próximas reuniões - relação entre operadoras e prestadores e doença e lesão preexistente, notificou que pretendia que o debate fosse o mais rico e aprofundado possível, vez que os temas eram bastante interligados sob o ponto de vista da arquitetura de regulação e de aperfeiçoamento das normas. Referente à urgência e emergência, Resolução CONSU nº 13, assinalou ter sentido a falta da manifestação de alguns atores importantes e que a ANS recebeu quatro documentos, distribuídos aos integrantes da Câmara, subscritos: um pela AMB, CFM, Fórum Nacional de Portadores de Deficiências e Patologias, Fundação PROCON de São Paulo e IDEC; outro pelo SINAMGE; outro pela FENASEG; e, outro pela UNIMED. Assim, fazendo constar que o **Dr. Alarcon** encaminhou a da UNIODONTO à Câmara Técnica de Odontologia, pediu que os representantes dessas entidades fizessem o detalhamento de suas propostas para posterior debate. A **Dra. Andrea** ponderou que achava a Resolução CONSU nº13 ilegal, cujo tema, frente a posições tão antagônicas, era de difícil consensos e avanços, temendo, mais uma vez, que as perspectivas de mudanças fossem frustradas. Por isso, considerou que o debate era sempre rico em teorias, mas, na prática, era fundamental que a Agência explicitasse o que iria fazer com as proposições de mudanças ou de aprimoramento da Resolução. A **Dra. Lúcia Helena** destacou a importância da metodologia que estava se tentando adotar de debate em Câmara Técnica e depois na Câmara de Saúde Suplementar, antes de uma normatização pela Agência. Entretanto, advertiu que em torno de vários temas, como o da urgência e emergência, os posicionamentos eram bastante heterogêneos, dificultando o consenso, e, devido a incumbência da ANS de definir as regras, indagou preocupada sobre qual seria o seu

posicionamento, com vistas a preservar o resultado do debate e fazer ou não alterações, dando conhecimento prévio aquele Fórum. O **Dr. Januario**, nos termos do que foi acordado quando da agenda de prioridades daquela Câmara no final do último ano, consignou que a postura institucional da Agência era de: inicialmente, submeter todas as suas decisões à Câmara de Saúde Suplementar, assegurando que seus integrantes não seriam surpreendidos; colher o máximo de contribuições das entidades e localizar os pontos críticos, que possibilitassem avanços no processo regulatório; e, mesmo não havendo consensos, buscar o aperfeiçoamento permanente, respeitando os atores, inclusive os usuários, e o equilíbrio geral do sistema. Por esses motivos, consignou que a Agência não se manifestaria de imediato sobre os assuntos daquela e das duas próximas reuniões, solicitando aos representantes das entidades que detalhassem as propostas apresentadas. A **Dra. Lúcia Helena** fez um resumo do que avaliava prejudicial ou sem clareza na Resolução CONSU nº 13, que deixava o consumidor vulnerável. Primeiro, do período de carência previsto na lei, que dava margem à duas interpretações: uma, de que era de seis meses e outra, de 24 horas. Segundo, no plano hospitalar a urgência e emergência que ocorresse durante a carência, abrangia apenas a cobertura ambulatorial, sem direito à internação. Terceiro, no plano ambulatorial o consumidor praticamente não tinha o atendimento de urgência e emergência, porque esse era garantido apenas em pronto-socorro e no limite de doze horas, e em caso de internação, a responsabilidade financeira seria dele, sem ônus à operadora, a qual obrigada a arcar com a remoção para uma unidade do SUS, simplesmente não dava essa cobertura. Quarto, o plano referência onde a cobertura deveria ser integral, tanto ambulatorial como hospitalar com obstetrícia, inclusive na urgência e emergência, que as empresas negavam sua comercialização, mesmo tendo havido a contratação desse plano. Quinto, as gestantes no plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, tinham o atendimento de urgência e emergência relacionado ao processo gestacional, mas no período de carência somente o ambulatorial era assegurado, o que remetia, novamente, à discussão de qual seria esse período – 24 horas, seis meses, ou trezentos dias no parto. Sexto, nas doenças preexistentes o consumidor com cobertura parcial temporária tinha o atendimento das doze horas em pronto-socorro e arcava com as despesas de internação e remoção. Assim, concluiu que a Resolução não beneficiava o consumidor, pois, em qualquer de suas hipóteses, somente recebia o atendimento de urgência e emergência se pagasse pelo mesmo, fazendo com que o PROCON adotasse o período de carência de 24 horas, inclusive para que o consumidor tivesse algum subsídio em processo judicial. A **Dra. Regina**, recuperando a discussão de 1998 e 1999, admitiu que o prazo de doze horas era importante do ponto de vista técnico e médico, no qual ainda julgava que o profissional, em média, deveria tirar o paciente da situação de emergência, de risco de vida, ou posicionar-se pela sua internação, mesmo porque a permanência no pronto-socorro era contra-indicada. Porém, pleiteou a necessidade de haver uma flexibilidade para casos especiais de patologias, onde os médicos recomendavam que os pacientes fossem observados por 24 horas no pronto-socorro, pois ali, se o quadro piorasse, tinha condições de intervir rapidamente, a exemplo da epidemia de dengue que o país vinha enfrentando. Lembrando que, sob o aspecto organizacional existiam três formas de atendimento, o ambulatorial, que era o consultório, a internação e o pronto-socorro, registrou os pontos que continuavam dividindo as posições dos atores naquela Câmara em torno do atendimento de urgência e emergência: as empresas não se sentiam obrigadas a garantir as doze horas no plano ambulatorial e no hospitalar, conforme o SINAMGE que furtava-se da cobertura interpretando as doze horas como regime ambulatorial, quando esse era de urgência, de pronto-socorro; no plano hospitalar, o paciente que não precisasse de internação também ficava descoberto, porque esse não contemplava a emergência; naquela época, garantiu-se a urgência para a doença preexistente, pois o momento em que ela foi adquirida era um problema contratual, mas as operadoras negavam essa cobertura. Então, argumentou que a manipulação da Resolução fazia com que o consumidor nunca conseguisse o atendimento e colocava o

médico sempre em situação difícil. Argumentou ainda que o plano referência deveria ser resgatado, até conceitualmente, uma vez que não era a soma dos procedimentos cobertos pelos planos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. Reiterou ser preciso que as operadoras assumissem a sua parte e cumprissem o seu compromisso para resolver a questão do deslocamento do paciente, porque a responsabilidade ficava com o médico. A **Dra. Andrea** resgatou que, já à época da discussão da Lei 9.656, as entidades de defesa do consumidor pretendiam que o plano deveria ser integral e criticaram muito o fato de fragmentá-lo em ambulatorial e hospitalar, com ou sem procedimentos obstétricos. No entanto, afirmou que, ao seu modo de ver, mesmo com a fragmentação, a própria lei quis garantir a cobertura total quando se tratasse de urgência e emergência, e que a Resolução estava contrariando a sua finalidade ao restringir o atendimento a doze horas, que, de acordo com a Dra. Regina, era um prazo razoável, mas insuficiente para algumas exceções. Então, enfatizou que a Resolução não poderia impor nenhum limite de tempo e de forma de atendimento, tal como no plano hospitalar só em pronto-socorro, às situações de urgência e emergência, preservando a cobertura integral. O **Dr. Heráclito**, acerca da proposta da FENASEG de urgência e emergência, expôs que: seguia basicamente uma lógica técnica da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos; uniformizava a linguagem da Resolução, empregando a terminologia consagrada da "segmentação", que envolvia plano e seguro de saúde; e definia melhor o contrato de seguro. Observou que nesse contrato a seguradora se obrigava a indenizar o segurado do prejuízo resultante de riscos futuros e incertos, e, portanto, a cobertura de lesões preexistentes ou de situações que não estivessem nele contempladas, caracterizava um financiamento e não um seguro, podendo gerar, ao longo do tempo, riscos de ante-seleção, desequilíbrio econômico-financeiro dos contratos e a inviabilidade do sistema. Conhecendo a proposta do SINAMGE referente ao acidente pessoal, apoiou a mesma, porque as seguradoras já praticavam essa cobertura. Questionado pelo Dr. Albucacis se no art.3º a expressão "... desde a admissão do paciente até a cessação dos mesmos" referia-se à alta hospitalar, respondeu que isso ficava claro no parágrafo seguinte, onde o atendimento que evoluísse para internação no decorrer dos períodos de carência, na segmentação hospitalar, não estaria garantido. O **Dr. José Cláudio**, ressalvando que a justificativa única para a alteração do art. 7º e de seus parágrafos feita pela UNIMED havia sido impropriamente colocada no material distribuído pela Agência, defendeu que tal dispositivo deveria desobrigar a operadora sobre os pacientes em casos de carência ou de cobertura parcial temporária, obrigando-a apenas na hipótese de procedimentos cobertos, pois a Resolução, ao deixar a operadora com a responsabilidade do paciente até que fosse removido e ingressasse numa unidade do SUS, era injusta devido a falta de vagas no sistema público. Manifestou que todo cálculo atuarial de um plano se baseava em eventos de cobertura prevista, e que se a operadora tivesse de cobrir algo não previsto, como dez ou quinze dias de procedimentos antes da remoção para o SUS, sofreria um desequilíbrio econômico-financeiro no contrato. O **Dr. Arlindo** explicou quais os itens que compunham a proposta do SINAMGE. Foram inseridos: no plano ambulatorial, art. 2º, a frase "...realizado exclusivamente sob o regime ambulatorial", porque nesse plano não se garantia a cobertura de internação; no plano ou seguro do segmento hospitalar, §2º do art.3º, a expressão "...comprovado" acidente pessoal..., para evitar eventuais fraudes na caracterização do acidente, comprovação essa que seria feita através de testemunha, de ocorrência policial ou de trânsito, etc.; no art.7º, §1º, a expressão "beneficiário do plano ou seguro", para esclarecer as diversas interpretações dadas de quem era o contratante. Foi feita uma outra redação ao §2º do art.7º: "no caso de ausência de vagas em unidades do SUS, a ANS, cientificada pela operadora, será responsável pela obtenção da mesma vaga junto ao SUS", pois, como já foi citado pelo Dr. Cláudio, havia uma dificuldade imensa para se conseguir uma vaga e o ônus ficava com a operadora ou, muitas vezes, com o prestador de serviço, sem um responsável claramente definido. Suprimiu-se: o art.5º, que tratava do plano ou seguro referência, por ser considerado redundante uma vez

que o plano referência era uma soma de todos os outros planos; e o art.8º, o qual estabelecia que "Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656, de 3 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações", o que se justificava pela proibição constitucional de aplicação retroativa de novos dispositivos legais. Inseriu-se dois novos artigos: "Os atendimentos pelo SUS de pacientes a suas unidades removidos em urgência e emergência não serão objeto do ressarcimento previsto no art.32 da Lei 9656/98", evitando a cobrança do ressarcimento dos serviços prestados durante o período de carência após a urgência; e "Os contratos relativos a planos ou seguros privados de assistência à saúde, em que seja realizado o atendimento em regime de urgência ou emergência, durante o período de carência, terão obrigatoriamente duração mínima de um ano, excetuando-se os casos de óbito do contratante", com o intuito de que o usuário não abandonasse o plano depois da realização de um procedimento custoso. O **Dr. Januario**, em relação à proposta do SINAMGE, presumiu que qualquer comprovação de acidente pessoal tratado em urgência e emergência seria sempre *a posteriori* e passou a palavra para a Dra. Lúcia Helena. A **Dra. Lúcia Helena** julgou descabida a proposta de comprovação de acidente pessoal em urgência e emergência, pois isso seria impossível num caso de uma pessoa que se machucasse em casa e sem testemunha, diferentemente de um acidente automobilístico que tinha um boletim de ocorrência. Frente à supressão do art.5º, perguntou qual era o conceito do SINAMGE de plano referência, porque, na sua opinião, só havia uma maneira de interpretá-lo, ou seja, ele era um plano único, sem passar pelas diferenças do hospitalar e do ambulatorial isoladamente, significando que o consumidor que comprou um plano ambulatorial e hospitalar com obstetrícia tinha cobertura imediata e integral, inclusive para urgência e emergência, sem qualquer cláusula restritiva. O **Dr. Arlindo** disse que, sem qualquer intenção de tirar benefícios e sim de aumentá-los, o SINAMGE optou pela retirada do art. 5º, redundante à medida em que entendia o referência como a soma das obrigações de todos os outros planos, com suas coberturas e eventuais restrições. O **Dr. José Schiavon**, ratificando a fala da representante do PROCON, consignou que os prestadores em geral tinham sérios problemas de serem ressarcidos pelo atendimento dado após as doze horas, porque nem sempre o contratante possuía recursos para bancá-lo e não era fácil encontrar uma vaga no SUS para a remoção do paciente. Alertou ser necessário definir as responsabilidades de cada uma das partes, pois, na maioria das vezes, a operadora ficava isenta e o prestador arcava com a continuidade da assistência, propondo como alternativa que a ANS assumisse o pagamento dessas despesas pelos valores da TUNEP. Quanto à comprovação do acidente pessoal, apresentada pelo SINAMGE, compreendia que isso deveria ser questionado *a posteriori* pela operadora junto ao seu usuário, porque o prestador tinha de receber pela assistência realizada. O **Dr. Januario** interrompeu as manifestações para indagar se nos hospitais particulares que atendiam, simultaneamente, ao setor de saúde suplementar e ao SUS, os quais eram 75% do total da rede privada, havia problemas com a remoção ou com o recebimento das despesas da assistência prestada até a mesma ser efetivada. O **Dr. José Schiavon** respondeu que, ao contrário dos estabelecimentos sem vínculo com o SUS, os prestadores não tinham grandes problemas com aqueles conveniados ao sistema, porque podiam negociar diretamente com o gestor local, contando também com a participação dos órgãos de defesa do consumidor. O **Dr. José Cláudio** supôs que num hospital credenciado ao SUS que atendesse também a um plano privado não deveria existir esse problema, vez que a partir de determinado momento a cobertura deixava de ser responsabilidade da operadora e passava a ser do sistema público. O **Dr. Onécio** validou, pelo seu segmento, a importância da Resolução, no sentido de manter o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e evitar que se fizesse coberturas não previstas nos contratos. Constatou que praticamente 100% das filantrópicas eram conveniadas ao SUS, as quais enfrentavam dificuldades com o limite de AIH, à exceção da urgência que em geral era atendida. Para tanto, sugeriu que os prestadores fossem ressarcidos pelo SUS nos valores da TUNEP, pois

tinha a mesma preocupação da C.N.S. com o recebimento dessas despesas. O **Dr. Albucacis,** com o objetivo de garantir aos trabalhadores o atendimento de urgência e emergência, apontou que a área empresarial contratava um plano com base em cálculo atuarial que permitisse saber o seu custo e fazer o acompanhamento efetivo do resultado dos atendimentos. Por isso, apontou que se a lei estabelecesse a obrigatoriedade de coberturas além daquelas contratadas, como as de urgência e emergência, evidentemente, causaria um impacto insustentável pelo mercado, que acabaria levando-o à falência. Dessa forma, demonstrou duas preocupações: a primeira, com os planos individuais que tinham, cada vez mais, aumento de benefícios e contrapartida de reajustes limitada; e com casos, dito pela Dra. Regina, de um paciente que, após o prazo das doze horas da urgência, necessitasse de internação sem ter esse direito, pois não sabia quem pagaria tais despesas e onde esses custos se refletiriam. O **Dr. Luis Plínio**, sem entrar no mérito da assistência e sob o aspecto estritamente hospitalar, registrou que a questão da urgência teria de levar em conta que: era quase impossível encontrar uma vaga no sistema público para remover um paciente; em locais com maior volume de convênios, como o Estado de São Paulo que concentrava cerca de 35% do total de usuários, a quase totalidade dos hospitais privados não tinha, ao mesmo tempo, convênio do SUS e de planos de saúde, a exemplo do ABC paulista, sua região, onde nenhum hospital era vinculado ao SUS; e, mesmo sendo relevantes as razões da Dra. Regina, era a estrutura administrativa do hospital que procurava a vaga e não o médico. Assim, discordou da resposta recebida, num debate do qual participou sobre essa questão antes até da existência da Agência, de que aquele grupo não estava reunido para tentar resolver problemas do SUS, pois, na sua opinião, isso era exatamente o que vinha acontecendo. Concordou satisfeito com a proposta da ABRAMGE de que a ANS ajudasse as operadoras e os prestadores a encontrar uma vaga junto ao sistema público e concordou também com o Dr. Schiavon de se estabelecer responsabilidades. Assegurou que o SUS não fazia a sua parte, transferindo todo o ônus da urgência às operadoras, aos prestadores, ou ao próprio paciente, e que o hospital privado conveniado ao SUS podia ter vaga para remoção, mas se deparava com limite financeiro de AIHs e não recebia pela assistência. Declarou que no caso do paciente superar o prazo da urgência, os prestadores tinham pouquíssimos problemas quando eram contratados por uma operadora, pois aí os entendimentos possibilitavam o recebimento desses serviços. O **Dr. Arlindo** endossou as colocações do Dr. Plínio, as quais foram abordadas com muita propriedade, porque todos os meses internava dois ou três pacientes do SUS gratuitamente, inclusive por ordem judicial, confirmando que na sua região, área muito industrial de São Paulo, a maioria dos hospitais privados não eram conveniados ao SUS, o que aumentava o transtorno de se obter uma vaga e que, em razão disso, qualquer ajuda, inclusive da ANS, seria bem vinda. O **Dr. Januario** finalizou a fase de manifestação sobre as propostas e, antes de debatê-las, evidenciou pontos que permearam aquela reunião, para os quais a Agência apelava aos segmentos que fornecessem subsídios mais sólidos: um, que as operadoras disponibilizassem estudos de impacto de custos, como da urgência e emergência durante o período de carência, para que se mantivesse o respeito do cálculo atuarial e do equilíbrio econômico-financeiro do plano; e outro, que a área médica, incluindo os prestadores, elaborasse diretrizes ou indicativos de procedimentos clínicos para a identificação e tratamento das patologias, pois levantou-se que o prazo das doze horas era recomendável tecnicamente com exceções e sem qualquer critérios. Assim, apelou ainda para que o sistema como um todo evoluísse nas suas reflexões apresentando dados concretos, e exemplificou que a Agência dispunha de informações dos planos subsegmentados em ambulatorial ou hospitalar, previstos na legislação, sobre os quais havia uma resistência por parte de diversos setores e que não atingiam 2% dos usuários constantes do cadastro. Quanto à proposta do SINAMGE de que o contrato tivesse uma duração mínima para que o usuário utilizasse do direito da urgência e emergência antes do cumprimento da carência, pediu que os presentes se manifestassem, particularmente os representantes dos órgãos de defesa do consumidor. O **Dr. Arlindo** complementou que a

exigência de um prazo preestabelecido de vigência dos contratos, foi introduzida como um instrumento mínimo de resguardo para as operadoras, as quais não tinham o direito de denunciar unilateralmente o contrato, ao passo que o usuário se utilizava de qualquer serviço, mesmo em período de carência, podendo parar de pagar a qualquer momento. A **Dra. Lúcia Helena**, em relação ao que lhe foi perguntado, argumentou que quem lidava diretamente com o consumidor, sabia que ele não saía do plano de saúde por dolo ou má-fé, mas porque, muitas vezes, sofria outras alterações contratuais absurdas e abusivas que inviabilizavam economicamente o pagamento do plano, e que atrelar o atendimento de urgência e emergência ao cumprimento de carência não era a saída mais adequada, porque a má-fé tinha de ser comprovada e não podia ser presumida. Reiterou que, na sua opinião, para o consumidor o principal naquele debate era definir: qual o prazo de carência, se o de 24 horas ou , como as empresas vinham interpretando, o de seis meses; se haveria necessidade do cumprimento da carência para a cobertura da internação no plano hospitalar; o que ocorreria quando um quadro evoluísse para internação no plano ambulatorial; e as responsabilidades com a remoção para o SUS, que não poderiam ficar com o consumidor. Para isso, insistiu ser um elemento importante saber a quantidade e os tipos de planos que estavam registrados na Agência. O Dr. **Pedro Fazio**, reportando-se à propositura do SINAMGE de comprovação do acidente pessoal, apoiada pela FENASEG, disse que não deveria ser considerada tão absurda, porque a finalidade era a de demonstrar que, de fato, havia sido um acidente e, não, um ato premeditado pelo usuário, o que poderia ser avaliado pelo médico que o atendesse, relatando as suas condições e indicando as causas do mesmo. Quanto ao equilíbrio econômico-financeiro, impactado não apenas pelo aspecto de valores, mas também pelo fato de que se operar num mercado que tinha de estabelecer credibilidade e regras para o uso adequado dos recursos e serviços, esclareceu que enquanto não existisse formas de verificação de ante-seleção de risco e critérios para não incentivar abusos e fraudes, se estaria estimulando a má utilização do sistema, inviabilizando a apuração de custos relativos à essa, à fraude ou ante seleção. O **Dr. Samir** atentou para a complicada situação do SUS, ali muito bem exposta, que sofria pressão de toda natureza, inclusive do Judiciário, traduzida numa pesquisa recente onde o principal desejo da população era ter um plano de saúde, o que atribuía aos dissabores vividos na busca frustada da assistência junto ao SUS. Ponderou que isso se agravava nos grandes centros com o descredenciamento de prestadores e em outras cidades com a tentativa de independência do sistema por parte dos donos de hospitais. Expressou sua preocupação com o fato de que, cessado o período de doze horas e frente a dificuldade de se conseguir vaga nas instituições públicas, o médico era quem ficava responsável pelo paciente, em virtude da indefinição ou impossibilidade de lhe dar destino, o que refletia na sua remuneração e também em obrigações de toda natureza profissional, médica e ética. O **Dr. Diniz** lembrou que aquele foi o segundo tema mais pontuado para a pauta de debates na Câmara de Saúde Suplementar, o qual era de difícil solução porque se caracterizava por uma situação-limite, o que era vago e impreciso, e porque envolvia o tratamento de pessoas aliado a componente econômico. Acrescentou que as autogestões enfrentavam os mesmos problemas das outras operadoras nos seus planos para familiares não atingidos pelo chamado natural, diferentemente dos coletivos empresariais onde a cobertura era imediata ao titular e aos seus dependentes. Dessa forma, acrescentou que quando, eventualmente, negavam um atendimento, a intenção nunca era de deixar desamparado o usuário, ponto citado pela Dra. Regina, mas de preservar a coletividade do plano, sem comprometer o seu financiamento. Assim, colocou que esse segmento adotava a prática de ajudar o usuário na negociação com o prestador de uma tabela melhor, tentando assessorá-lo o máximo possível e buscando a contribuição de todos para isso, do médico, do assistente, do hospital, do prestador, da família e da operadora. A **Dra. Cibele** acreditou que somente poderia contribuir um pouco acerca daquele importante assunto, o qual tinha opiniões manifestamente divergentes em todos os níveis, a partir de uma proposta concreta da Agência. O **Dr. Januario**, em nome da Agência, registrou que todas

as manifestações feitas naquele fórum eram relevantes. Quanto à urgência e emergência, identificou que, além das divergências no que se referia ao mérito da questão, ficaram evidentes os seguintes problemas que teriam de ser enfrentados e aprofundados: de fiscalização e interpretação, motivado pelo descumprimento daquilo que estava minimamente normatizado; de aperfeiçoamento do texto das resoluções, com vistas a explicitar conceitos da lei no âmbito da regulação; de articular os atores e de definir responsabilidades e critérios quanto à vaga no SUS e remoção de pacientes, o que requeria uma ação imediata, inclusive, por parte da Agência. No caso de um paciente que, ao final do atendimento de urgência e emergência, não conseguisse a vaga no hospital público e continuasse a ser tratado pelo prestador privado, perguntou em que condições isso aconteceria, o que e quais valores seriam negociados com aquele paciente. Destacou que qualquer avanço nessa área não passaria apenas pela definição de diretrizes de procedimentos clínicos e médicos ou de pressuposto econômico-financeiro. Porém, destacou que era essencial que fosse discutido insumos e que os atores precisavam ter o compromisso de trabalhar, num tempo adequado, a construção de um suporte técnico-científico de vulto. Referindo-se aos dados econômico-financeiros, pois todos estavam falando de uma atividade regulada que, lucrativa ou não, tinha o limite do seu próprio equilíbrio, como dito pela autogestão, segmento que não visava lucro mas tinha a responsabilidade de garantir a coletividade do plano, frisou que aquele setor de saúde suplementar continuava muito pobre em termos sistêmicos, de dados concretos para a análise de impacto das medidas regulatórias. Sugeriu que esse tema fosse discutido com as entidades que integravam o Convênio de Cooperação Técnica que a Agência tinha através do CIEFAS, buscando saber qual era o impacto de custo do atendimento, a sua freqüência, a sua intercorrência, o seu impacto no conceito da seleção adversa, enfim, dados imprescindíveis para que a discussão tivesse substância e transparência. Mencionou ser fundamental a base técnica, incipiente no Brasil, de condutas clínicas de atendimento, que já vinha sendo conversada com o C.F.M. e com a A.M.B. e que voltaria a ser reivindicada nas duas próximas reuniões. Enfatizando a importância dessa, relembrou o exemplo da dengue para a qual o C.F.M. recomendava um período maior de observação do paciente, porque não tinha clareza do que era necessário, e isso provocou a construção de um guia de diretrizes já concluído pela AMB, em parceria com o Ministério da Saúde, o que em algum momento seria acolhido. Salientou que a Agência observaria tudo o que havia sido ali colocado, mas que os atores tinham também de fazer uma reflexão que apontasse para avanços concretos, sob pena de se transformar a construção do processo regulatório apenas num debate de posições. Concluiu que o final daquela reunião deixava evidente a estreita interface do tema com os que seriam discutidos nas duas próximas, a partir do que a Agência se posicionaria na linha de aperfeiçoamento de mecanismos de fiscalização ou na linha de mudança de mérito, mas, reafirmou que, com certeza, qualquer uma delas passaria pela definição de compromissos, inclusive de prazos, para que fosse elaborada a base econômico-financeira e, principalmente, a de diretrizes clínicas sobre esses temas. Assim, reiterou o agradecimento pela presença e participação de todos e encerrou a 25ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

Agência Nacional de Saúde Suplementar- Diretor-Presidente

Associação Médica Brasileira

Autogestão

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

Confederação Nacional do Comércio

Conselho Federal de Medicina

Conselho Federal de Odontologia

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

Cooperativas de Serviços Médicos - UNIMED

Cooperativas de Serviços Odontológicos - UNIODONTO

Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE

Empresas de Odontologia de Grupo - SINOG

Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais

Federação Brasileira de Hospitais

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização -FENASEG

Fundação PROCON-São Paulo

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC

Ministério da Fazenda

Ministério da Previdência e Assistência Social

Ministério da Saúde

Ministério do Trabalho e Emprego