

ATA DA VIGÉSIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

1 Às dez horas do dia vinte e um de março de dois mil e dois, no Naoum Plaza Hotel, situado
2 no Setor Hoteleiro Sul- Quadra 05- Bloco "H-I", nesta cidade de Brasília, foi realizada a
3 **vigésima sexta** reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.656, de
4 03 de junho de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo, nos
5 termos do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de
6 2000, combinado com o artigo 4º da M.P. nº 2.177-versão 44. A reunião foi presidida pelo
7 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, Dra. **Solange Beatriz Palheiro**
10 **Mendes**-Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras, Dra. **Maria Stella Gregori-**
11 **Diretora de Fiscalização**, e Dr. **Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**, Diretor de
12 Desenvolvimento Setorial. Estiveram presente: Drs. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho** e
13 **Pedro Pablo Magalhães Chacel** do Conselho Federal de Medicina-C.F.M.; Drs. **Augusto**
14 **Tadeu Ribeiro Santana** e **José Mário Moraes Mateus** do Conselho Federal de
15 Odontologia-C.F.O.; Dr. **Germano Luis Delgado de Vasconcelos** do Conselho Federal de
16 Enfermagem-COFEN; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo** da Federação Brasileira de
17 Hospitais-F.B.H.; Drs. **José Francisco Schiavon** e **Miguel Jorge Rosa Neto** da
18 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços-C.N.S.; Dr. **José**
19 **Luiz Spigolon** da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
20 Filantrópicas-C.M.B.; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, da Confederação Nacional do
21 Comércio-C.N.C.; Dra. **Lucia Helena Magalhães Lopes da Silva** da Fundação Procon-
22 São Paulo; Dra. **Lynn Dee Silver** do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC;
23 Drs. **José Antônio Diniz de Oliveira**, do CIEFAS, e **Sergio Cândio**, da ABRASPE, do
24 segmento de autogestão; Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, das empresas de
25 medicina de grupo; Drs. **Celso Corrêa de Barros** e **José Claudio Ribeiro Oliveira**, da
26 UNIMED, das cooperativas de serviços médicos; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG,
27 das empresas de odontologia de grupo; Drs. **Luiz Francisco Gianini** e **Egberto Miranda**
28 **Silva Neto**, da UNIODONTO, das cooperativas de serviços odontológicos; Dra. **Neide**
29 **Regina Cousin Barriguelli**, das entidades de portadores de deficiência e de patologias
30 especiais; Drs. **Heráclito de Brito Gomes Júnior** e **Pedro Antonio Fazio** da FENASEG;
31 e, Dr. **Samir Dahas Bittar** da Associação Médica Brasileira-A.M.B. Participaram ainda os
32 convidados: Drs. **Leonardo dos Santos Macieira** e **Sandra Francis Zisman** do
33 Ministério da Fazenda; e, Dra. **Dagmar de Oliveira** da ANS. Cada representação recebeu
34 uma pasta com a minuta da ata da reunião anterior; a pauta da reunião; e, as propostas
35 apresentadas pelas entidades à ANS sobre regulamentação da relação entre operadoras e
36 prestadores. A pauta da 26ª estava compostas dos itens: informes; leitura, discussão e
37 deliberação da ata da 25ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; e, Regulamentação
38 da Relação entre Operadoras e Prestadores. O **DR. JANUARIO** iniciou a reunião saudando
39 a presença de todos e comunicando que: justificou sua ausência o Dr. Onécio Silveira
40 Prado, titular da C.M.B., que seria representada pelo seu suplente; o Conselho Federal de
41 Enfermagem, através da Portaria nº 356/02, passou a ser representado pelo Dr. Germano
42 Luis Delgado de Vasconcelos, como titular, e Dr. Nelson da Silva Parreira, como suplente;
43 e, a UNIODONTO substituiu o seu representante titular, indicando o Dr. Gianini ali
44 presente, o que seria publicado em portaria. Após, submeteu à apreciação a minuta da ata
45 da 25ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar com os ajustes feitos pela FENASEG, a
46 qual, tendo sido aprovada por unanimidade, solicitou que fosse assinada. Prosseguindo,
47 lembrou que as propostas do tema a ser tratado no dia 25 de abril- "doença e lesão
48 preexistente" deveriam, preferencialmente, ter sido apresentadas até aquela data, e, como
49 apenas a UNIMED do Brasil o fez, apelou às entidades que se manifestassem com a maior
50 brevidade possível, pois isso enriquecia o debate e poderia proporcionar o avanço para
51 possíveis consensos e o aprimoramento das posições da Agência acerca do arcabouço
52 regulatório. Diante da cobrança feita pela Dra. Neide de um posicionamento da Agência a
53 respeito da urgência e emergência, ratificou que esse aconteceria posteriormente às

54 discussões daquela e da próxima reunião, posto que os seus temas eram correlacionados e
55 todos estavam amadurecendo alternativas, ratificando ainda que a Agência não tinha a
56 menor intenção de romper com o compromisso institucional assumido de, mesmo sem
57 obter consensos, submeter todas as suas decisões à Câmara de Saúde Suplementar. Em
58 seguida, sobre a regulamentação da Relação entre Operadoras e Prestadores, registrou
59 que foram recebidas e distribuídas as propostas: da FENASEG, da C.N.S., da A.M.B. e
60 C.F.M., do SINAMGE/SINOG, do C.F.O., da F.B.H., da Fundação PROCON de São Paulo e do
61 IDEC, além da proposta do CIEFAS que estava sendo entregue naquele momento,
62 solicitando, assim, que os representantes das entidades fizessem o seu detalhamento. O
63 **DR. HERÁCLITO** disse que as seguradoras de seguro saúde tinham de reembolsar as
64 despesas médico-hospitalar aos seus beneficiários conforme parâmetros definidos
65 previamente no contrato, e que, no referenciamento, já acordavam com os prestadores os
66 valores que lhes seriam reembolsados em nome e por conta do segurado, razão pela qual
67 não instauravam vínculo com os mesmos. O **Dr. JOSÉ SCHIAVON** defendeu que a ANS
68 determinasse: que houvesse um contrato entre as operadoras e prestadores, abrangendo o
69 objeto pactuado, a periodicidade e forma de reajuste, os prazos de faturamento e
70 pagamento, a metodologia de auditoria médica e revisão de contas, a descrição dos
71 serviços, a impossibilidade de rescisões unilaterais; que esses contratos fossem levados ao
72 seu conhecimento, para que pudesse monitora-los e fiscaliza-los; e que, as operadoras
73 negociassem com os prestadores antes de alterar as regras do jogo. Essas providências
74 impediriam que as empresas continuassem: sem reajustar, como vinham fazendo há mais
75 de cinco anos, os valores dos serviços prestados pelos hospitais e profissionais; se
76 utilizando da glosa de serviços já efetivados pelo prestador e de outros mecanismos cruéis
77 para adequarem a sua margem de redução de despesa; e, procedendo mudanças no que
78 foi acordado sem comunicar os prestadores, o que adotavam com a maior naturalidade,
79 em especial a UNIMED. Discordou do Dr. Heráclito porque, em muitas oportunidades, as
80 seguradoras credenciavam os prestadores impondo-lhes o seu próprio preço, criando
81 obstáculos para um relacionamento justo e para a qualidade da assistência. O **DR. PEDRO**
82 **FAZIO** pediu que o Dr. Schiavon esclarecesse se havia insinuado que algumas seguradoras
83 tinham um posicionamento não honesto. O **DR. JANUARIO** perguntou ao Dr. Schiavon
84 qual seria o papel da ANS naquele processo, frente a sua proposta de que a relação fosse
85 formalizada a partir de regras expedidas pelo órgão regulador. O **DR. JOSÉ SCHIAVON**
86 assegurou ao Dr. Pedro Fazio que não tinha motivos para fazer tal insinuação, vez que os
87 prestadores enfrentavam poucas dificuldades com as seguradoras. Entretanto, reiterou que
88 a regulamentação tinha também de envolvê-las, pois, com o referenciamento, agiam de
89 maneira idêntica à qualquer outra empresa de plano de saúde, firmando contrato com os
90 hospitais, processando glosas e interferindo no pagamento dos prestadores. Respondendo
91 ao Dr. Januario, reportou-se ao art. 19 da Lei 9.656, onde estava preceituado que os
92 instrumentos contratuais entre operadoras e prestadores fossem apresentados à ANS, de
93 forma que pudesse cadastrá-los e verificar se havia justificativa razoável nos
94 descredenciamentos e compatibilidade na sua substituição. A **DRA. REGINA** constatou
95 que: primeiro, não eram as operadoras, mas sim os seus prestadores, em especial os
96 médicos, que davam a assistência ao consumidor, sendo a figura central do atendimento e
97 o referencial para população; segundo, em consequência disso, o C.F.M. recebia um grande
98 volume de reclamações de descredenciamento, que tinha de enviar para o PROCON e o
99 Ministério Público, por não ter competência específica para analisá-las; terceiro, os
100 prestadores não podiam mais conviver com a incessante interferência das operadoras na
101 relação médico-paciente, o que repercutia na qualidade da assistência, nem com a pressão
102 que lhes faziam as empresas usando o descredenciamento, diuturnamente, como o seu o
103 maior trunfo; e, quarto, os consumidores tinham de ser protegidos e ter a segurança de
104 que estavam comprando o mesmo produto que lhes fora ofertado. Para tanto, afirmou ser
105 imprescindível a regulamentação da relação entre prestadores e operadoras, e que cabia às
106 lideranças e aos dirigentes das entidades ali representadas tratá-la da forma mais

adequada, na busca de um relacionamento equilibrado onde todos assumissem as suas respectivas responsabilidades. Relatou que a proposta do C.F.M. e da A.M.B. sustentava: a criação de uma câmara técnica permanente de assuntos médicos, a livre escolha com o reembolso de despesas, o não descredenciamento aleatório e unilateral, uma política de reajustes de honorários transparente e apropriada, o cuidado com o sigilo médico no fluxo de informações relativas à assistência, uma sistemática de auditoria médica e glosa, e a limitação de medidas coercitivas que interferissem na autonomia profissional. Dando ênfase à criação da câmara, explicou que essa teria uma composição paritária com representação de cada um dos segmentos do mercado, uma constante e periódica reavaliação da sua utilidade e do seu desempenho, e uma pauta inicial com o que foi proposto pelo C.F.M./A.M.B. e o que pudesse ser adicionado pelos demais atores. Acrescentou que ela perseguiria os propósitos: de suprir a dificuldade enfrentada na Câmara de Saúde Suplementar de examinar minuciosamente alguns problemas, devido à extensa pauta que tinha de percorrer; de ser um espaço de aprofundamento de todos os pontos, inclusive os mais conflituosos, que fossem ligados à relação médico-operadora, desde protocolos de qualidade, lembrados pelo IDEC e PROCON, até outros como auditorias, credenciamento e descredenciamento, etc.; e de pactuar sobre eles através de acordos, assinados e divulgados, que fossem fiscalizados pelos interessados e pela Agência, a qual também faria o papel de arbitragem e decidiria quando não se chegasse a uma conclusão. Após, diante do questionamento do Dr. José Schiavon se a referida câmara discriminava algum tipo de prestador, respondeu que não e que a sua composição ficou em aberto para que fosse ali decidida, sendo que, no seu conceito, a ela somente seria imposta a agilidade necessária para posicionar-se sobre o que lhe fosse demandado, caso contrário, poder-se-ia enfrentar as mesmas dificuldades da Câmara de Saúde Suplementar, que em função da sua vasta agenda era mais morosa. Face à dúvida levantada pelo Dr. Januario se a Agência atuaria apenas no patamar de arbitragem regulatória ou também no de resolução de casos concretos, a exemplo da glosa, esclareceu que aquele fórum permitiria várias alternativas, que seriam avaliadas pelo grupo para merecerem ou não um tratamento específico, como determinadas questões de varejo que poderiam representar um problema generalizado. Concluiu ser primordial que a idéia ganhasse mais corpo, a partir de um regimento que detalhasse a sua composição, o seu objetivo, os prazos de decisão, os acordos e se seriam submetidos à Câmara de Saúde Suplementar. O **DR. SAMIR** endossou a fala da Dra. Regina e a extrema relevância de regular essa relação para que sérios embates fossem solucionados, tais como: o do uso indevido do mecanismo da glosa que algumas operadoras praticavam de forma sistemática, chegando a ser de até 25%, como se isso estivesse definido para um ajuste de caixa; o dos médicos que investiam em seu trabalho, servindo como referência para os usuários na escolha de um plano e, posteriormente, não passavam de um elemento de *marketing* para as empresas que de maneira abrupta, inexplicável e aleatória, descredenciavam esses profissionais causando-lhes imensas dificuldades e prejuízos; e, o do *managed care*, um instrumento antiético, lesivo ao médico e ao usuário, que limitava a autonomia profissional e restringia a assistência, o qual mudou para pior a medicina americana e era uma chaga que se insinuava crescer no Brasil e tinha de ser sepultada. Por isso, considerou a criação da câmara técnica de assuntos médicos absolutamente oportuna e essencial, reforçando que sua pauta preliminar seria composta pelos itens da proposta do C.F.M. e A.M.B. e dos que fossem assinalados pelos outros setores. O **DR. ARLINDO** consignou que a proposta do SINAMGE/SINOG alertava para o fato de que as operadoras tinham de conviver com as características diferenciadas de seus prestadores e podiam: trabalhar com meios de atendimento exclusivamente próprios, terceirizados, ou ambos; ofertar o plano referência e, de forma isolada, o plano ambulatorial ou hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica; ter em sua rede credenciada prestadores que fossem cooperativas, empresas de planos por administração, e entidades de autogestão privadas ou estatais. Expôs que os vários tipos de relacionamento teriam de ser devidamente formalizados num instrumento contratual,

160 com o seu objeto, a forma de pagamento ou de remuneração, o prazo de duração,
161 condições de rescisão, enfim tudo que espelhasse o que as partes realmente haviam
162 pactuado. Apesar de aceitar que a ANS pudesse ter acesso a todas essas informações,
163 advertiu que a contratação tinha de continuar sendo direta entre as operadoras e seus
164 prestadores, sem participação de terceiros, e regulada nos termos da lei civil, do Código de
165 Defesa do Consumidor, das normas próprias do exercício profissional, e, em se tratando de
166 prestador com vínculo de emprego, da legislação trabalhista. Colocou ser fundamental para
167 as operadoras que trabalhavam com rede fechada de credenciamento a manutenção desse
168 mecanismo, sem o qual seria inviável, nos planos ofertados, o controle do orçamento, do
169 equilíbrio econômico-financeiro e da qualidade dos serviços assistenciais prestados. Pelas
170 razões acima, discordou da proposta do C.F.M. e da A.M.B. de criação de mais um fórum,
171 acreditando ser equivocado instituir uma regulação única ou novas regras para essas
172 relações, sob pena de subverter, por inteiro, a estrutura organizacional e de custeio do
173 mercado operador de planos. O **DR. AUGUSTO TADEU** elogiou as palavras da Dra. Regina
174 e do Dr. Samir, pois também o C.F.O. julgava bastante injusta a forma de remuneração e
175 de credenciamento unilateral que as empresas adotavam para os seus prestadores, o
176 que era um flagrante desrespeito aos direitos dos cidadãos e aos profissionais. Aprovou a
177 criação da câmara específica e permanente, que discutisse tudo que fosse pertinente à
178 relação entre operadoras e prestadores. Alegou que a proposta da sua entidade era clara
179 no sentido de que as operadoras, por força da Lei 9.656, tinham de se registrar nos
180 conselhos de odontologia e, portanto, estavam sujeitas às suas normas e à sua
181 fiscalização ética e técnica. Dessa maneira, apelou para que fossem seguidas as resoluções
182 do C.F.O. que já normatizavam o desligamento do cirurgião-dentista, as perícias e
183 auditorias, o exercício de especialidades, e para que as operadoras elaborassem um
184 extrato mensal dos valores de honorários pagos e das eventuais glosas. O **DR. LUIS**
185 **PLÍNIO** disse que a FBH propunha o relacionamento entre operadoras e prestadores
186 pautado num instrumento formal, contendo as bases do mesmo, conforme as normas da
187 legislação civil, e que a ANS assumisse três posicionamentos. Um, o de determinar que as
188 operadores comprovassem a existência da relação formal, não com a apresentação do
189 contrato, mas por carta assinada por ambas as partes, a exemplo do que era feito pelo
190 extinto INPS. Outro, o de determinar para qual setor da ANS poderiam os prestadores
191 informar o rompimento de um contrato, deixando de ficar na dependência exclusiva de
192 denúncia pela operadora. E ainda, como proposta explicada em reunião anterior, o de
193 requerer que as operadoras informassem o percentual médio de reajuste concedido ou a
194 conceder aos seus prestadores de serviço, concordando com a FENASEG, que a
195 participação desse em seus custos fosse considerado como fator de reajuste adicional às
196 mensalidades dos planos. Insistiu para que a FENASEG admitisse que o acordo firmado
197 entre as partes fosse formalizado num instrumento legal, até porque ela própria, ao
198 conceituar o seguro saúde, assumia a seguinte expressão: "...reembolso direto ao
199 segurado, ou mediante convênio com uma rede médica ou hospitalar...", e, no seu
200 entendimento, a palavra convênio tinha o mesmo significado de contrato. Avaliou que
201 poderia ser positivo o aprofundamento dessa matéria num fórum específico, porém
202 ponderou que ele deveria ser composto por menos da metade do número de participantes
203 da Câmara de Saúde Suplementar e não ser permanente, a fim de se obter melhores
204 resultados. Agradecendo em nome da Organização Nacional de Acreditação-ONA onde
205 estava representando a FBH, exaltou o PROCON e IDEC por terem recuperado na Câmara
206 de Saúde Suplementar a bandeira da acreditação hospitalar. A **DRA. LUCIA HELENA**
207 registrou que a proposta do PROCON/IDEC, tratando do credenciamento de prestadores
208 de serviços, levou em conta as inúmeras reclamações que os órgãos de defesa do
209 consumidor recebiam acerca de todo e qualquer tipo de prestador. Isso porque, na grande
210 maioria dos casos, o consumidor tinha o seu contrato inicial substancialmente modificado,
211 sendo muito prejudicado pela inexistência de regras claras e de definição de
212 responsabilidades nos credenciamentos, que ocorriam por razões que não diziam

213 respeito à sua conduta, como a falta de pagamento das operadoras aos prestadores ou de
214 composição do custo dos serviços a serem prestados. Havia também a informação de que
215 as operadoras não tinham contrato firmado junto aos prestadores, gerando o chamado
216 “jogo de empurra”, onde as operadoras alegavam que eles impunham elevados preços
217 para os serviços e os prestadores afirmavam que essas não negociavam os valores,
218 forçando pagamentos excessivamente baixos. Assim, salientou ser imprescindível e
219 urgente estabelecer normas para a relação entre operadoras e prestadores, que
220 perseguissem o comprometimento das partes com o aspecto ético e, principalmente, com a
221 qualidade da assistência à saúde prestada e ofertada, em virtude dos prejuízos concretos e
222 diretos causados ao consumidor. Destacou que seria preciso exigir a formalização de um
223 instrumento contratual, que prescrevesse minuciosamente direitos e obrigações, inclusive
224 quanto aos valores da prestação dos serviços e seus reajustes. Além disso, no
225 descredenciamento de qualquer prestador, era imperioso que estivesse previsto: a
226 proibição de alterações da rede originalmente contratada, salvo nos casos previstos no §
227 3º do artigo 17; a sua ocorrência apenas por motivo justificável; o imediato
228 restabelecimento da rede, aliado a prévia informação à ANS e ao consumidor; o
229 abatimento proporcional do preço da mensalidade, que os usuários, segundo os artigos 20
230 e 35 do Código de Defesa do Consumidor, podiam pleitear por vício de qualidade na
231 prestação de serviço e por descumprimento à oferta; que, na substituição do prestador
232 descredenciado por outro de mesmo nível, a Agência se manifestasse baseada em parecer
233 de instituição capacitada para tal. Acentuou que seria iminente que a ANS fizesse uma
234 fiscalização eficaz para impedir o descredenciamento desmedido e injustificável de
235 prestadores, independente do tipo de plano e da época de sua contratação. Enfatizou ser
236 indispensável que as operadoras dessem conhecimento dos contratos firmados com os
237 seus prestadores à Agência, que faria o acompanhamento dos mesmos, verificando os
238 possíveis desequilíbrios que afetassem o consumidor. Dessa forma, divergiu do Dr. Plínio,
239 porque a ANS tinha de ter essa prerrogativa, e da posição da FENASEG, porque não via
240 diferença entre referenciamento e credenciamento, vez que na prática as operadoras, de
241 qualquer natureza jurídica, interferiam diretamente no trabalho do prestador sem o
242 compromisso com a qualidade da assistência. Frente ao pedido do Dr. Pedro Fazio de que
243 explicasse se achava errada a forma como a lei vinha sendo cumprida na regulamentação,
244 elucidou que apenas havia insistido para que a Agência fosse informada da existência dos
245 contratos, e que sua crítica à FENASEG era no sentido da tentativa de furtar-se daquela
246 regulação a pretexto do referenciamento. Por último, concordou com a criação da câmara
247 permanente, porém fez constar que o fundamental era alcançar resultados eficazes, porque
248 havia um grande número de usuários insatisfeitos com os seus planos contratados, e
249 apoiou veementemente a proibição do cheque-caução colocada pelo CIEFAS, pois essa
250 exigência era totalmente abusiva e supria um problema que o prestador tinha com a
251 operadora. A **DRA. LYNN** apoiou na íntegra as palavras da Dra. Lucia Helena. Acerca da
252 avaliação e certificação de qualidade da assistência à saúde no Brasil, para a qual a
253 experiência internacional mostrava ser importante um determinado nível de exigência,
254 resgatou que havia mais de uma década que se tentava criar tais espaços e que a
255 acreditação hospitalar, desde 1992, tinha um modelo preliminar que apontava o início de
256 um trabalho, e, compreendendo que aquele momento seria propício para o aprimoramento
257 desse aspecto, explanou a proposta do PROCON/IDEC. No caso de hospitais, haveria a
258 obrigatoriedade de apresentação do certificado de qualidade, porém qualquer contratação
259 de prestadores de serviço estaria sujeita à condições básicas, ligadas especificamente à
260 qualidade técnica do estabelecimento que incluísse o atendimento ao consumidor,
261 abrangendo: acreditação hospitalar, certificação de qualidade de laboratórios clínicos e
262 certificação no programa de mamografia, devidamente expedidos pelos órgãos
263 competentes. A ANS faria o seu monitoramento, disponibilizaria ao mercado as
264 informações captadas e, em conjunto com sociedades científicas ou técnicas, trabalharia
265 para a ampliação dessa oferta. Adotado por todas as operadoras privadas, esse

procedimento traria um impacto muito positivo na qualidade da promoção e da assistência à saúde. O **DR. JOSÉ SCHIAVON** afirmou ser absurda a proibição do cheque-caução, repudiando as investidas nesse sentido, por serem uma interferência de terceiros que desconheciam a realidade dos prestadores, e que estava acontecendo em vários Estados e a partir de diversos segmentos, inclusive do legislativo, citando como exemplo o projeto de lei que tramitava no Senado Federal, recentemente aprovado numa de suas comissões. Atentou para o fato de que os prestadores tinham de garantir o recebimento dos serviços prestados, pois o simples fato do paciente dispor de um plano de saúde não significava que tivesse todo tipo de cobertura, e questionou a Dra. Lucia Helena de quem seria a responsabilidade pelo pagamento das despesas num caso como esse. A **DRA. LUCIA HELENA** replicou ao Dr. Schiavon que o PROCON sempre tomou a medida do cheque-caução como inaceitável em qualquer hipótese de atendimento e como uma vantagem manifestamente excessiva, porque exigia-se do paciente valores vultosos quando estava em estado de absoluta vulnerabilidade e porque contrariava o art. 39 do Código de Defesa do Consumidor. Em razão dos hospitais imporem o cheque-caução para efetuar todos os procedimentos e não apenas nos casos de urgência e emergência ou cirurgia eletiva como falavam, argumentou que o consumidor não poderia mais viver nessa intranquilidade, ficando exposto para que os hospitais se sentissem seguros quanto ao recebimento de seus serviços, reforçando que, na sua opinião, os prestadores e as operadoras, tinham responsabilidade solidária e, portanto, tinham de arcar com essas despesas. Questionada pelo Dr. Albucacis se quando uma pessoa pagava previamente por um produto a ser usufruído, como o ingresso de um cinema ou a compra de um carro, também estava ferindo o Código de Defesa do Consumidor, disse que se o serviço não fosse prestado ele teria direito à devolução do dinheiro, e que o usuário de plano não podia continuar sem obter informações consistentes dos hospitais, que apresentavam contas que sequer conseguiam aferir o que realmente estavam cobrando. A **DRA. LYNN** complementou que o importante para o consumidor era ter clareza e informação prévia sobre o produto que lhe estava sendo ofertado para que pudesse optar, o que não acontecia com o usuário de plano privado. Ademais, esse sofria uma punição desproporcional à medida em que quando procurava um hospital, num estado que requeria atendimento imediato, lhe era exigido o depósito de uma alta quantia. Nesse momento de total fragilidade, mesmo não dispondo do valor cobrado, aquele usuário se submetia ao cumprimento de tal exigência. Por isso, reiterou ser essa atitude abusiva e que chamava a atenção para os direitos previstos no Código de Defesa do Consumidor. O **DR. DINIZ**, desculpando-se pela pouca tempestividade na entrega da proposta da autogestão, expôs que o seu conteúdo, objetivando o benefício dos usuários, visava que na regulamentação entre prestadores e operadoras fossem asseguradas: a assistência ao menos de urgência e emergência, coibindo a suspensão do atendimento e a rescisão unilateral dos contratos durante o processo de negociação; a não imposição unilateral de tabelas de preços, o que provocava instabilidade na relação comercial e comprometia a continuidade do atendimento; a proibição da exigência do cheque-caução na vigência do instrumento contratual, por ser esse um ato excessivo, servindo até para compensar a ineficiência operacional, inclusive das operadoras. Em virtude de muitas vezes o atendimento ser suspenso por iniciativa dos prestadores e não das operadoras, fez um apelo para que a A.N.S. auxiliasse o seu segmento junto à Secretaria de Direito Econômico e ao CADE, a fim de que agilizassem as soluções nos casos de denúncia por prática de *lock-out* e cartelização de preços. O **DR. SERGIO CÂNDIO** discorreu sobre as premissas que gostaria que a regulamentação da relação entre operadoras e prestadores contemplasse. Manter a definição dos interesses no âmbito das partes, respeitando-se os direitos dos consumidores, sem a participação da ANS. Obrigar a existência de contrato formal, discriminando todas as condições da contratação, tais como: objeto; composição dos serviços; aspectos do atendimento aos usuários; condições éticas, legais e de qualidade; direitos e obrigações de cada um, incluindo as responsabilidades sobre as informações técnicas, as pleiteadas pela ANS e as

relativas à reclamações de usuários. Proibir o credenciamento universal, que iria interferir no equilíbrio do plano, o qual já poderia conter reembolso livre no limite do contrato. Permitir à operadora a utilização dos critérios técnicos e de qualidade que achasse mais convenientes para o credenciamento e sua manutenção. Atribuir à ANS, além de ser uma fonte de referência de certificações técnicas dos prestadores e das condições de operação das empresas do mercado, o papel de monitorar esse relacionamento, sendo intermediária no caso de dificuldades entre as partes e na implantação e absorção de novas tecnologias, e de desenvolver indicadores referentes à materiais e medicamentos, que equivaliam cerca de 25% dos custos de um plano. O **DR. JOSÉ SCHIAVON** informou que, para a CNS, o fato de um grupo de 25 empresas de autogestão impor sua tabela de preços configurava um cartel, tanto que denunciou ao CADE essa atitude como cartelização. Novamente, repudiou a proibição do cheque-caução e, como havia cinco anos que negociavam com o CIEFAS sem qualquer avanço, quis saber por quanto tempo teria de manter o atendimento sem interrupção. O **DR. SAMIR** disse que, para a AMB, o CADE havia extrapolado as suas competências ao tentar arbitrar o setor liberal, pois, para isso, teria de tomar também como cartel os pisos salariais mínimos de outras categorias organizadas, como a do auxiliar de enfermagem. Ponderando que seria melhor que aquela Câmara não entrasse no mérito das tabelas para que os profissionais não fossem mais prejudicados, acrescentou que se as tabelas da sua entidade tivessem sido aplicadas, talvez os médicos não estivessem vivendo aquela situação insustentável que relatou na Câmara, ganhando valor líquido inferior a R\$ 5,00 por consulta, inclusive das autogestões, e perguntou ao Dr. Diniz que consequências vislumbrava para os honorários médicos. O **DR. LUIS PLÍNIO** indagou se o Dr. Diniz adicionaria à sua proposta de não exigência do cheque-caução, o compromisso da autogestão assumir o pagamento pela assistência prestada a um beneficiário que não tivesse a respectiva cobertura. O **DR. DINIZ** posicionou-se sobre as questões que lhe foram dirigidas. A alegação de que fazia cinco anos que os preços não sofriam reajustes, além de desqualificar e tirar a seriedade da sua proposta, era totalmente inverídica, ao menos para os prestadores do seu segmento, em particular os hospitais, que mantinham negociação constante com as operadoras. Mesmo que na hipótese de não terem sido concedidos reajustes, o que se verificava nos últimos anos era um aumento ininterrupto do custo médio das internações que as empresas tinham de arcar, mas era absolutamente inconsistente dizer que esses reajustes não foram concedidos, tanto que o mercado vinha se profissionalizando nesse tipo de negociação. Referente às tabelas, o CIEFAS, não tendo o poder de fixar valores a ninguém, buscava padronizar os procedimentos e não exatamente os preços, que variavam de região para região e tinham de ser negociados, de forma que a proposta era de coibir a imposição de tabela por qualquer dos segmentos, inclusive o da autogestão e também o dos médicos. Defendeu a proibição do cheque-caução, proposta que poderia ser tímida para o PROCON e o IDEC, em virtude de ainda estar condicionada aos casos de urgência e emergência e à vigência de instrumento contratual formalizado. Então, disse que a autogestão sempre faria uma análise pormenorizada do caso concreto e honraria com as despesas do atendimento do usuário se ele tivesse o direito à cobertura, o que não poderia ser diferente, porque os prestadores dispunham de grandes facilidades para acessar a operadora e obter informações, através de meios bastante rápido e eficazes, como a discagem pelo 0800 e a comunicação on-line, considerando correto que no caso de eventuais desacertos operacionais nesses mecanismos, fossem encontradas alternativas que evitassem quaisquer prejuízos. Lembrou que era mais comum a formação de cartel de vendedores do que de compradores, entretanto insistiu que todo aquele que se sentisse lesado com uma fixação cartelizada, como foi dito ali, deveria recorrer ao CADE. O **DR. CELSO BARROS** comunicou que a UNIMED não havia encaminhado proposta em função de que os médicos das cooperativas não eram contratados ou credenciados, e, sim, cooperados, participando do resultado da operação do plano. Enfatizou ser adequada a proposta do SINAMGE/SINOG, para os prestadores não cooperados, de haver uma formalização contratual prevendo todos os

372 elementos pactuados, procedimento esse já adotado pela maioria das UNIMED's. Aderindo
373 à proposta do C.F.M. e da AMB de criação de uma câmara técnica, alertou para que o seu
374 papel e a sua composição estivessem claramente definidos antes de ser instalada, pois lhe
375 pareceu que ainda existiam muitas incertezas. O **DR. SPIGOLON** surpreso pelo fato da
376 proposta da C.M.B. não ter chegado à ANS, registrou que a sua entidade tinha o todo o
377 interesse de apresentá-la, o que providenciaria com a maior brevidade possível, e relatou o
378 seu conteúdo. O relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços deveria
379 respeitar: as condições comerciais negociadas ao longo do tempo; as diversidades
380 operacionais e jurídicas existentes no mercado; os contratos já firmados entre as
381 operadores e seus beneficiários; e que o modelo desenvolvido direcionava os recursos para
382 rede própria e/ou credenciada, sendo incompatível com os baseados na livre escolha dos
383 recursos. Além disso, a relação teria de estar formalizada em um instrumento contratual,
384 dentro das disposições dos artigos 18 e 19 da Lei nº 9.656/98, estabelecendo direitos e
385 deveres entre as partes e prevendo, no mínimo: objeto, preço e condições de pagamento
386 dos serviços, auditoria médica e glosas, política de reajuste, condições para a suspensão
387 contratual, e o vínculo econômico-financeiro entre eles. Quanto às regras para a
388 renegociação dos contratos, já que esse processo poderia se arrastar por tempo indefinido,
389 que fossem fixados prazos claros para seu início e final, sugerindo que esse início se desse
390 60 ou 90 dias antes do término do contrato em vigor, prolongando-se, no máximo, por
391 igual período, quando seriam mantidas as regras pactuadas naquele contrato que se
392 expirava. Por fim, para que o mercado não passasse por uma completa descaracterização
393 na forma como operava, reforçou que aquele relacionamento teria de estar apoiado em
394 regras simples que considerassem a diversidade do mercado e as condições comerciais já
395 negociadas entre as partes, tendo sempre em vista a busca do equilíbrio econômico-
396 financeiro do contrato e a questão decorrente de incorporação tecnológica absolutamente
397 indispensável para a negociação dos novos preços. O **DR. ALBUCACIS** consignou que as
398 propostas do SINAMGE e da C.M.B. atendiam à pretensão da C.N.C., no sentido de que não
399 houvesse interferência de terceiros no relacionamento entre operadoras e prestadores,
400 mas que a Agência pudesse ter algum tipo de acesso às informações dos contratos, e de
401 que não fosse imposta uma regulação com um volume excessivo de normas, pois, caso
402 contrário, se estaria criando mais um fator de engessamento para a assistência privada à
403 saúde, a qual, certamente, todos tinham o interesse de preservar. A **DRA. NEIDE** disse
404 que a sua entidade não elaborou nenhuma proposta, mas que sempre reivindicou ser
405 fundamental que se chegasse a um entendimento e se regulamentasse a relação entre
406 operadoras e prestadores, para que os seus usuários deixassem de sofrer as consequências
407 disso e fossem mais bem atendidos. Aprovou a criação da câmara específica apresentada
408 pelo C.F.M. e A.M.B., porque era necessário evoluir nessa discussão, cessando o
409 sentimento de insatisfação do consumidor, que, do ponto de vista de conseguir um
410 benefício, continuava sem grandes avanços, numa situação praticamente inalterada. O
411 **DR. GIANINI** pronunciou seu contentamento de retornar àquela Câmara depois de três
412 anos dela afastado e a sua difícil incumbência de substituir o Dr. Alarcon. Dada a
413 relevância para todos, inclusive consumidores, do que estava sendo tratado naquela
414 reunião, concordou com a criação da câmara permanente de assuntos médicos e agregou à
415 proposta do C.F.O. que o desligamento do cirurgião-dentista de uma operadora do ramo
416 fosse feito com bastante formalidade, garantindo ao profissional amplo direito de defesa. O
417 **DR. JANUARIO** posicionando-se em nome da ANS, fez as seguintes considerações. Sobre
418 o tema daquela reunião, agiu dentro do papel que lhe era colocado pela legislação, com o
419 objetivo de garantir que o contrato fosse preservado, mas, principalmente, preocupando-se
420 com a melhoria e o aprimoramento da assistência à saúde, e, mesmo com os entraves do
421 dia-a-dia, julgava que o conjunto das propostas apresentadas começava a caminhar para
422 limites menos vastos de dissensos, o que permitiria haver uma evolução. Estava
423 trabalhando com câmaras técnicas, que muitas vezes não terminavam em consensos, mas
424 vinham atingindo resultados excelentes acerca de assuntos relevantes, que nelas eram

ATA DA VIGÉSIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

minuciosamente examinados em todos os seus aspectos técnicos. E, embora não tivesse convivido com a figura de uma câmara de caráter permanente que tivesse uma agenda mais pontual, demonstrava uma grande simpatia em torno da que foi proposta pelo C.F.M. e A.M.B. Porém, diante da preocupação de não se utilizar de qualquer instrumento que pudesse ser visto como protelatório das tentativas de solução dos problemas e para avançar na criação dessa câmara, fazia-se necessário um profundo detalhamento da mesma, que teria de se empenhar para cumprir seu papel de pactuação sem ser impositiva, apesar de uma arbitragem da Agência. Assim, ressaltou que um fórum daquela natureza poderia ser fundamental, a médio prazo, na construção de insumos estratégicos para questões que estivessem fora da órbita relugatória da Agência, como as diretrizes clínicas de conduta essenciais para a discussão da qualidade. Dessa forma, solicitou à todas as entidades que refletissem e se manifestassem sobre a existência daquela instância até a reunião de abril, quando seria abordado o terceiro tema que fechava um ciclo básico para o aprofundamento da regulação e poderia haver uma maior clareza de encaminhamentos. Frisou, a fim de que não pairasse qualquer dúvida, que a Agência se empenhava na melhoria da qualidade do atendimento, o que não era apenas uma de suas competências, mas uma convicção de seus dirigentes e uma missão do próprio Ministério da Saúde, e, por isso, exigia das operadoras que, no seu relacionamento com os prestadores, garantissem essa qualidade. Argumentou que qualquer aumento na base regulatória dessa relação, com o devido respeito aos instrumentos contratuais e dentro dos limites legais da Agência, não poderia ser tomado como uma interferência inadequada, até porque os contratos eram elementos reguladores entre as partes, de acordo com os parâmetros preestabelecidos para cada atividade. Compartilhou com a Dra. Neide a frustração de não haver proposituras conclusivas ao final de cada debate, no entanto, considerou que o grau de transparência e o nível das propostas alcançados, fariam, certamente, com que o processo fosse aperfeiçoado, ensejando que a partir da próxima reunião, houvesse condições de se vislumbrar algumas alternativas. Finalizando, reiterou o agradecimento pela presença e participação de todos e encerrou a 26ª 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 Enfermagem
- Conselho Federal de Medicina

ATA DA VIGÉSIMA SEXTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

480
481 Conselho Federal de Odontologia
482
483
484 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
485
486
487 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
488
489
490 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
491
492
493 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG
494
495
496 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais
497
498
499 Federação Brasileira de Hospitais
500
501
502 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização -FENASEG
503
504
505 Fundação PROCON-São Paulo
506
507
508 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC