

1 Às dez horas do dia vinte e três de maio de dois mil e dois, no Naoum Plaza Hotel, situado
2 no Setor Hoteleiro Sul- Quadra 05- Bloco "H-I", na cidade de Brasília-DF, foi realizada a
3 vigésima sétima reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.656, de 03
4 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. Contou com a presença dos
7 Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Dr. **Januario Montone** -
8 Diretor-Presidente, Dr. **João Luis Barroca de Andréa** - Diretor de Normas e Habilitação
9 dos Produtos, Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes** - Diretora de Normas e Habilitação
10 das Operadoras, e Dr. **Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**- Diretor de
11 Desenvolvimento Setorial. Compareceram os representantes: Dr. **Aloísio Barboza de**
12 **Araújo** do Ministério da Fazenda; Dr. **Luis Márcio Araújo Ramos** do Conselho Nacional
13 de Secretários Estaduais de Saúde-CONASS; Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel** do
14 Conselho Federal de Medicina-C.F.M.; Dra. **Maria Angélica Azevedo Rosin** do Conselho
15 Federal de Enfermagem-COFEN; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo** da Federação
16 Brasileira de Hospitais-F.B.H.; Drs. **José Francisco Schiavon** e **Miguel Jorge Rosa Neto**
17 da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços-C.N.S.; Dr.
18 **Albucacis de Castro Pereira** da Confederação Nacional do Comércio-C.N.C.; Dra. **Lucia**
19 **Helena Magalhães Lopes da Silva** da Fundação Procon-São Paulo; Dra. **Andrea Salazar**
20 do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC; Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**
21 do SINAMGE, pelas empresas de medicina de grupo; Dr. **Celso Corrêa de Barros** da
22 UNIMED, pelas cooperativas de serviços médicos; Drs. **Luiz Francisco Gianini** e **Egberto**
23 **Miranda Silva Neto** da UNIODONTO, pelas cooperativas de serviços odontológicos; Dra.
24 **Neide Regina Cousin Barriguelli** das entidades de portadores de deficiência e de
25 patologias especiais; Dr. **Pedro Antonio Fazio** da Federação Nacional das Empresas de
26 Seguros Privados e de Capitalização-FENASEG; e, Drs. **Eleuses Vieira de Paiva** e **Samir**
27 **Dahas Bittar** da Associação Médica Brasileira-A.M.B. Também participaram como
28 convidados: Drs. **Marlus Keller Riani** do Ministério da Justiça-M.J. e, da ANS, Dra. **Anna**
29 **Suelyly Macedo Samico** – Diretora-Adjunta de Fiscalização, e Drs. **Maurício Lopes**,
30 **Hermínio José Leitão Mendes**, **Leda Lúcia Couto de Vasconcelos** e **Dagmar de**
31 **Oliveira**. Justificaram suas ausências os representantes, titulares e suplentes: do
32 Ministério do Trabalho e Emprego; do Conselho Federal de Odontologia-C.F.O.; da
33 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas-C.M.B.;
34 e, do segmento das autogestões de assistência à saúde – CIEFAS e ABRASPE. Foi
35 formalizada, respectivamente, através das Portarias 270, 271, 383 e 402/02, a designação
36 dos representantes: titular das cooperativas odontológicas, Dr. Luiz Francisco Gianini da
37 UNIODONTO; suplente do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, Dra. Maria Angélica
38 Azevedo Rosin; titular do Conselho Federal de Medicina-C.F.M, Dr. Edson de Oliveira
39 Andrade; e, titular da Central Única dos Trabalhadores, Dr. José Erivalder Guimarães. Os
40 participantes receberam a minuta da ata da 26ª reunião e a pauta 27ª, acompanhada das
41 propostas apresentadas pelas entidades sobre o seu item 3. A pauta foi composta pelos
42 itens: 1. leitura, discussão e deliberação da ata da 26ª reunião da Câmara de Saúde
43 Suplementar; 2. Informes; e, 3. discussão do tema "Doença e Lesão Preexistente". **O DR.**
44 **JANUARIO** abriu a reunião saudando a presença de todos e, na seqüência, submeteu à
45 apreciação a minuta da ata da 26ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar com os
46 ajustes feitos pela FBH, a qual foi aprovada por unanimidade e disponibilizada para as
47 assinaturas. Após, passou a informar, conforme compromisso assumido, as iniciativas
48 recentes e relevantes da ANS, pedindo especial atenção das entidades presentes. A
49 primeira, como na implantação do ressarcimento ao SUS a responsabilidade da análise das
50 impugnações, exceto em grau de recurso, era dos gestores estaduais e municipais do
51 Sistema, que passaram a enfrentar fortes dificuldades operacionais para fazê-la,
52 acarretando morosidade dos julgamentos, centralizou na R.N. nº 5/2002 toda a análise dos
53 processos afetos ao ressarcimento ao SUS, inclusive daqueles em andamento nas

54 secretarias estaduais e municipais, na ANS, para questões administrativas, e na Secretaria
55 de Assistência à Saúde-SAS/MS, para as questões técnicas. A segunda, na R.N. nº 7/2002,
56 padronizou o Documento de Arrecadação de Receitas da ANS- DANS, como documento
57 único para o recolhimento de quaisquer cobranças da ANS às operadoras, disponível na
58 Internet, objetivando facilitar o pagamento dos débitos e aumentar a capacidade de
59 conferência das partes interessadas. A terceira, nas R.N.'s nº's 4 e 7/2002, tratou dos
60 débitos das operadoras junto à ANS, tanto do seu parcelamento, quanto dos casos de
61 inadimplência e de inscrição em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não
62 Quitados do Setor Público Federal-CADIN. A quarta, atendendo aos anseios externados
63 naquela Câmara, prorrogou o prazo de entrega das informações do SIP referentes ao
64 primeiro trimestre do corrente ano do mês de maio para agosto, passando a coincidir com
65 o do segundo trimestre, o que se fazia necessário pelo ineditismo desse sistema, não
66 obstante o esforço de treinamento da Agência e o empenho das operadoras em aderir à
67 construção do mesmo. A quinta, contemplando os recorrentes chamados das entidades,
68 tomou como bastante produtivos os resultados dos trabalhos da Câmara Técnica de
69 Odontologia e passou a avaliar o que poderia, de imediato, ser transformado em
70 regulamentação, fato que, acrescido das valiosas informações do DIOPS, permitiria um
71 conhecimento minucioso da estrutura operacional das empresas de planos odontológicos e,
72 seguramente, traria um ajuste no equilíbrio desse segmento no processo regulatório. A
73 sexta, com foco nas discussões do tema "Relacionamento operadoras/prestadores" ali
74 iniciadas, criou uma Câmara Técnica de Contratualização, como um fórum que auxiliasse
75 no avanço do mesmo, a ser instalada na primeira quinzena de junho, que, em sessenta ou
76 no máximo noventa dias, tentaria elaborar propostas capazes de serem convertidas em
77 regras para esse relacionamento formal, levando em conta as características diferenciadas
78 de ambos. A sétima, aprovou a Câmara de Assuntos Médicos, nos moldes conceituais e
79 com o caráter contínuo colocados pela AMB e pelo CFM, a qual continuava caminhando no
80 esboço de um primeiro formato da sua organização, exigindo um pouco mais de tempo até
81 a sua instalação. A oitava, planejou preparar, ao longo do mês de junho, uma câmara
82 técnica que elaborasse, com os próprios agentes interessados e com entidades
83 especializadas, um ou mais sistemas de plano de contas para prestadores de serviços,
84 principalmente os grandes, servindo como um possível instrumental técnico de referência,
85 sem excluir a obrigatoriedade do Plano de Contas Padrão das operadoras já implantado. A
86 nona, a partir da constatação da existência de empresas que não tinham informado o
87 cadastro de usuários ou que praticamente não tiveram contato com o órgão regulador,
88 exceto o pedido do registro provisório, publicou um Edital de Convocação dando à cento e
89 oito operadoras o prazo de trinta dias para se regularizarem. Como cinquenta e oito delas
90 não se pronunciaram, decretou a instauração do regime de direção fiscal, fazendo um
91 investimento de verificar, *in loco*, a real situação dessas operadoras. Contudo, à exemplo
92 de uma narrativa feita num encontro com as entidades odontológicas, consignou que o
93 problema mais grave era com as operadoras que atuavam no setor de saúde suplementar
94 sem qualquer vínculo com a Agência, totalmente à margem do processo de regulação e
95 sobre as quais só poderia agir mediante denúncias, pois esses casos não apareciam em
96 nenhum sistema de monitoramento ou de captura de dados. Consignou também ser
97 importantíssimo atingir essa fatia do mercado que operava irregularmente, lesando seus
98 usuários e prestadores, e representava o maior entrave à implantação definitiva da
99 legislação, apelando para que todas as entidades participantes daquele fórum
100 colaborassem com essa investida da Agência, denunciando tais casos. Em seguida,
101 informou que, por ter se expirado o prazo da RDC nº 66/01, a Agência teve de se
102 posicionar quanto a política de reajustes para os planos individuais/familiares no período de
103 2002/2003, que foi objeto de uma vasta discussão, inclusive em Câmara Técnica, sem que
104 tivesse obtido consenso, e pediu ao Dr. Barroca que detalhasse essa posição, com a
105 novidade introduzida para os honorários de consultas médicas. **O DR. BARROCA** lembrou
106 que para 2001/2002 foi utilizado o índice de 8,71% e a seguinte metodologia: partiu do

entendimento de que os padrões de competição eram diferentes entre os planos individuais/familiares e coletivos com ou sem patrocínio, onde os coletivos com patrocinador evidenciavam características de um mercado concorrencial; usou como parâmetro os percentuais de reajuste solicitados nos planos coletivos; incorporou as informações coletadas pela base de dados de treze mil contratos; condicionou a prática do reajuste para os planos individuais à autorização prévia e para os coletivos à comunicação, com antecedência de trinta dias para os sem patrocínio e para os patrocinados, trinta dias após; e, atrelou o repasse do reajuste integral à comprovação da variação de custo. Para o período 2002/2003, cuja sistemática foi discutida em cinco reuniões da Câmara Técnica e em janeiro na Câmara de Saúde Suplementar, discorreu sobre os princípios que nortearam a posição Agência: o consenso de que os índices oficiais não refletiam a variação e a realidade dos custos no setor de saúde suplementar; mesmo com os dados coletados nos diversos sistemas implantados pela ANS- o SIP, o Plano de Contas, etc., a ausência de informação qualificada e de indicadores específicos para o mercado, que não propiciava inferências seguras da variação dos custos assistenciais, criando obstáculos para a formulação de políticas de reajustes nela baseada; o impedimento de repasses automáticos da alteração nos custos e/ou frequência aos preços; a continuidade do compartilhamento de responsabilidades; o dever de estimular a competição e a eficiência na gestão, mantendo os parâmetros do plano coletivo, representantes dos grandes compradores que possuíam efetiva capacidade de negociação; o repasse apenas de custo global e não de unitário ou de frequência separadamente; o acolhimento do *yardstick* como instrumento de regulação de preço por desempenho que media a variação do plano coletivo; a aceitação do pleito da maioria das entidades representadas na câmara técnica de aplicar o *yardstick* integral, sem ser combinado com IPCA para as despesas administrativas; assumiu a média ponderada da variação de custos por beneficiário dos planos coletivos, a partir da análise dos dados cadastrais que refletiram informações, incorporadas até o dia 15 de março do corrente ano, de aproximadamente 97.000 comunicados, 84.000 a mais que em 2001; e por último, a combinação desses elementos culminou num índice geral de reajuste de 7,69%. No que tange ao componente do reajuste vinculado ao repasse para os prestadores de serviços, debatido na câmara técnica sem consenso, apresentou a deliberação da Agência. Privilegiou as consultas médicas pelo seu significado no conteúdo assistencial dentro da linha de cuidado à saúde e por presumir que, nessa cadeia de produção, os demais prestadores, enquanto pessoas jurídicas, tinham maior capacidade de negociação. Decidiu por permitir um adicional máximo, não obrigatório, de 1,70%, o qual a operadora poderia optar por solicitá-lo desde que reajustasse os honorários das consultas médicas em 20% no mínimo. Tendo verificado que as consultas representavam 17% das despesas de um plano, tomou a decisão dos 20% para dar uma alternativa aos atores do mercado de caminharem no sentido de reestabelecer o equilíbrio do relacionamento entre as partes, e, ainda na mesma linha de ação, colocou às operadoras o dever de arcarem com uma parcela desse reajuste, impedindo que fizessem o seu repasse integral para não onerar somente o consumidor. Dessa forma, os critérios para os reajustes 2002/2003 foram: de continuarem vinculados à prévia autorização da ANS e não serem automáticos; de conceder o máximo de 9,39%, condicionando o teto de 7,69% à comprovação da variação de custos e o de 1,70% ao compromisso da operadora de firmar um termo de responsabilidade, onde garantisse o realinhamento do valor das consultas médicas no mínimo em mais 20%; de restringir os percentuais de 1,70% e, por conseguinte, de até 9,39% aos planos com cobertura de consultas médicas, sendo 7,69% o teto para os demais; de exigir da operadora solicitante do adicional de 1,70% o comunicado à A.M.B. e ao C.F.M. do aumento praticado, disponibilizando para fiscalização os seus comprovantes; de manter como data base a do aniversário do contrato, para a aplicação de reajuste; e, à exceção dos sem patrocínio de autogestão não patrocinada, de requerer que os reajustes aplicados nos planos coletivos fossem comunicados com antecedência de 15 dias nos sem patrocinador e até trinta dias após nos patrocinados. Questionado pelo **Dr. Gianini** se o

160 *plus* de 1,70 das consultas médicas era extensivo a odontologia, respondeu que não,
161 porque havia ficado demonstrado num estudo feito com o próprio setor, que o número de
162 consultas era quase inexistente. Após, abriu a palavra para manifestações. **O DR.**
163 **SCHIAVON**, referindo-se aos prestadores-pessoa jurídica, reiterou o alerta em torno da
164 situação traumática vivida pelos mesmos sem reajustes há cinco anos, o que os levaria ao
165 descomprometimento com a qualidade dos serviços, em consequência de estarem
166 perdendo a capacidade de manter ou fazer novos investimentos. Reiterou ainda a posição
167 da CNS, por ele defendida durante um ano e meio de militância naquela Câmara, de que
168 aqueles prestadores tivessem alguma valorização na política de reajustes da Agência.
169 Protestou por, novamente, eles não terem sido contemplados, fato que quebrava o
170 equilíbrio econômico-financeiro, contrariando o desejo de todos, os quais tinham a
171 responsabilidade de garanti-lo na busca de uma convivência harmônica. Por último, apoiou
172 o reajuste dos honorários de consultas médicas, embora julgasse o percentual
173 insatisfatório, reivindicando que não ficasse restrito às consultas e fosse generalizado para
174 todos os procedimentos, e que as operadoras reajustassem os demais prestadores, pelo
175 menos repassando o que foi estipulado para os médicos. **O DR. JANUARIO** sobre o
176 reajuste 2002/2003 detalhado pelo Dr. Barroca, em nome da Diretoria Colegiada,
177 pronunciou-se acerca do posicionamento da Agência enquanto órgão regulador. Dentro do
178 princípio de não fazer qualquer tipo de indexação no processo de reajuste, havia o
179 consenso quanto a necessidade de se desenvolver não um indexador, mas um índice
180 setorial que servisse de referência, porque os índices oficiais usados para aferir a inflação
181 não traduziam a real variação dos custos do setor de saúde. Evidenciou que o ideal era
182 alcançar uma política de reajuste de caráter permanente, amparada numa sistemática com
183 parâmetros pré-fixados, que fosse mais estável e que não precisasse ser revista a cada
184 ano. Porém, observou que até a concretização desse ideal, que poderia minimizar o visível
185 desgaste que aquela discussão trazia anualmente, todos reconheciam que, mesmo com a
186 veemente vontade e empenho empreendidos pela Agência e pelo mercado, havia ainda um
187 longo caminho a ser percorrido e muitos obstáculos a serem superados. Assim, destacou
188 que a metodologia do ano passado foi aperfeiçoada com uma evolução na análise e
189 tratamento das informações, tendo chegado ao índice geral de reajuste de 7,69%,
190 acrescido de um diferencial específico e acessório de 1,70% para os honorários das
191 consultas, ambos autorizativos e não automáticos. Então, com vistas ao equilíbrio e a
192 viabilidade do setor, sem afetar a qualidade da assistência, optou por fortalecer o
193 segmento dos médicos, identificado como o de menor capacidade de negociação no elo da
194 cadeia produtiva de serviços de saúde, oferecendo às operadoras uma alternativa de,
195 dentro da sua conveniência, pedir ou não aquele diferencial. Com isso, salientou que a
196 definição da Agência não alterou a sua política regulatória ou de incentivo aos reajustes e
197 replicou ao **Dr. Schiavon** que o raciocínio de generalizar o reajuste estaria perfeitamente
198 correto se ela tivesse feito alguma alteração nessa política, escolhendo qualquer
199 mecanismo de repasse automático e direto ao preço final e desprezando os ganhos
200 gerenciais e de melhoraria da qualidade. Ainda com o objetivo de garantir o atendimento
201 da assistência ao usuário, ressaltou que a Agência permanecia preocupada com todo o
202 conjunto dos prestadores, tanto que criou a Câmara Técnica de Contratualização, a qual
203 poderia contribuir para o amadurecimento do mútuo compromisso entre operadoras e
204 prestadores. **O DR. REINALDO** quis saber se os dois percentuais teriam de ser solicitados
205 concomitantemente, pois para avaliar o pedido de 1,70 era provável que as operadoras
206 tivessem de fazer um estudo pormenorizado. Em relação ao adicional a ser repassado para
207 os médicos, ponderou que a proposta poderia ter o seu objetivo prejudicado, à medida em
208 que impunha às operadoras o seu repasse para toda a carteira, sem exceção, e o seu
209 desembolso integral e num só tempo, apesar da recuperação da receita acontecer mês a
210 mês ao longo do período, ponderando também que para aquelas que anteciparam qualquer
211 reajuste de honorários, mesmo bancando parte dele, impunha o ônus de mais 20%, pois
212 não permitia que fizessem compensações ou aplicassem os 20% apenas nos setores ou

213 locais onde não tivessem antecipado nada. Atribuiu como adequada a comunicação pelas
214 operadoras dos reajustes praticados à ANS na qualidade de órgão regulador, no entanto, a
215 fim de preservar a privacidade dos contratos, pediu que fossem eximidas de comunicar às
216 entidades de classe- AMB e CFM, que não eram parte nos mesmos. **O DR. BARROCA**
217 esclareceu que a solicitação dos índices era simultânea e explicou que: os reajustes já
218 efetuados tinham sido capturados, através dos comunicados feitos até 15 de março, na
219 média dos planos coletivos e estavam espelhados no índice geral de 7,69%; os 20%
220 tinham de ser aplicados em cima do valor dos honorários pagos à consulta no momento do
221 reajuste e sem que se fizesse qualquer tipo de compensação; os repasses ao usuários
222 teriam de respeitar a data base do seu contrato; e, o índice de 1,70% não era obrigatório,
223 ou seja, a operadora tinha a opção de não solicitá-lo, pedindo apenas o geral com a
224 comprovação da variação de custos. Por respeitar os contratos, admitiu que a Agência
225 deveria rever a obrigatoriedade das operadoras de comunicar às entidades médicas os
226 aumentos condidos, e repensar numa alternativa para mantê-las informadas, tendo em
227 vista que o apoio das mesmas era essencial no processo de fiscalização. Questionado pelo
228 **Dr. Celso** se a operadora teria de reajustar também as consultas dos planos coletivos,
229 respondeu que esse reajuste era para toda a carteira, ainda que a sua maioria fosse de
230 coletivos com ou sem patrocinador. **O DR. CELSO** assinalou que o reajuste, cujo debate
231 sempre causava uma certa angustia pela falta de consenso em relação às suas propostas,
232 era um tema extremamente complicado de ser resolvido, pois os índices oficiais não
233 refletiam a realidade do setor da saúde, fazendo com que, por um lado, a Agência ficasse
234 sem referências, e por outro, os atores do mercado ficassem insatisfeitos. Diante da
235 resposta do **Dr. Barroca**, disse que as cooperativas talvez enfrentassem alguma
236 dificuldade se desejassem o 1,70, porque, em virtude do problema da distribuição e da
237 oscilação do *pro-rata*, teriam de assumir um valor fixo de consulta e acertar eventuais
238 sobras ou perdas nas suas Assembléias Gerais. Alegou que as cooperativas já vinham
239 adequando sua gestão para sobreviver e mesmo assim, certamente, demandariam um
240 índice de reajuste superior ao de 7,69% para recompor os custos do período, a exemplo de
241 uma UNIMED com 400 mil usuários que havia estimado a necessidade de 12%, o que lhe
242 fazia supor que elas não conseguiriam arcar com a parte do percentual de reajuste das
243 consultas. Externou que sempre teve interesse em discutir e cooperar com a Agência, a fim
244 de que se prosperasse na definição da política de reajustes e se encontrasse soluções
245 adequadas para assegurar uma assistência de qualidade. Todavia, não obstante o esforço
246 empreendido na tentativa de se evoluir, julgou que era preciso intensificar o trabalho e
247 enfrentar essa discussão com maior competência, inclusive tratando de pontos que
248 atingiam bastante alguns segmentos, como o crescimento de 4 para 8% da inadimplência
249 nos planos individuais, onde o consumidor continuava sendo atendido sem pagar as
250 mensalidades, comprometendo o giro financeiro da empresa. **O DR. LUIS PLÍNIO** vendo a
251 proposta da F.B.H. de que houvesse reajustes para os prestadores de serviços
252 parcialmente acatada, declarou que num primeiro momento ficava contente, mas, logo em
253 seguida, vinha a frustração que acabaria se confirmando não só na área hospitalar, pelos
254 motivos que passou a enumerar. Um, do reajuste ter sido para um único prestador, vez
255 que, embora sendo justo para os honorários da consulta médica, contrariava o consenso
256 havido na Câmara Técnica de que todos prestadores de serviço estavam muito mal
257 remunerados. Dois, do índice ser único e não poder ser diferenciado, sem levar em conta a
258 necessidade dos prestadores que nem sempre era igual, variando conforme a sua
259 categoria, especificidade e/ou região geográfica. Três, de ser um número linear e uniforme,
260 o que faria com que a operadora talvez preferisse dar menos e para quem precisasse mais,
261 deixando de perder um pouco dos 7,69. Quatro, a operadora que optasse por esse reajuste
262 teria de aumentar sua burocracia, criando um grupo de fiscais dentro da sua instituição
263 para conferir a aplicação dos 20% apenas nas consultas. Como os prestadores pessoa
264 jurídica não foram contemplados no reajuste, compartilhou com a ansiedade
265 absolutamente correta do **Dr. Schiavon** de não se conseguir fazer novos investimentos ou

manter os já realizados, até porque os equipamentos tinham seus custos aferidos em dólares e não em reais. Sem menosprezar a complexidade daquele assunto e de suas conseqüências, concluiu que não via fundamento na proposta da Agência, deixando claro que a FBH sempre defendeu que a média dos reajustes para todos os prestadores de serviços pudesse ter um repasse aos preços e nunca esteve de acordo que esse percentual fosse nacionalmente único. **A DRA. LUCIA HELENA** insistiu no apelo que incessantemente fazia às operadoras, sem obter qualquer êxito, para que dessem transparência ao processo e demonstrassem o custo real do setor, a fim de que a discussão do reajuste pudesse prosperar. Preocupada com o repasse ao consumidor dos índices de reajustes, perguntou se o de 7,69 era automático e se o 1,70 era o máximo permitido de repasse, independente de cobrir o aumento de 20% das consultas médicas, pois temia que as operadoras cobrassem do consumidor um valor superior sob o argumento de que ele não havia sido suficiente. **O DR. JANUARIO** assegurou que os reajustes não eram automáticos, os quais em todas as hipóteses tinham de ser submetidos à prévia autorização da ANS, e que as operadoras não podiam repassar para o consumidor mais do que 1,70% a título de reajuste das consultas. **O DR. PEDRO FAZIO**, apesar de toda a discussão acumulada, protestou por não se ter evoluído o suficiente na metodologia de reajustes, no sentido de encontrar uma alternativa que atendesse a todos nessa questão, que tinham consciência de que índices elevados dificilmente seriam aplicados e, ainda que o foco central fosse a defesa do consumidor, não se havia chegado, ao menos, à uma política de preço ou de limite de reajuste, sem destruir aspectos técnicos e que apurasse corretamente a variação dos custos ocorridos e futuros. Assim, no tocante à metodologia empregada, que sub avaliava o passado e penalizava o futuro, registrou que a FENASEG, como em 2001, era contrária ao *yardstick* e propunha uma regra clara, a partir de uma “banda” ou uma faixa de negociação com os prestadores de serviços, que refletisse o passado e o futuro. Afirmou que o resultado do índice geral de 7,69% não representava a real variação dos custos passados e, novamente, era um sub reajuste, comprovando a inadequação da metodologia, sem a preocupação com a viabilidade do setor. Afirmou ainda que a decisão da Agência poderia ser caracterizada como uma ingerência descabida do órgão regulador na forma de operação do mercado e era equivocada porque: partiu do pressuposto que o custo incorrido, e, portanto, que a suposta variação de preços, foi de 7,69%, o que preocupava pela possibilidade das operadoras ficarem desmotivadas ou sem condições de operar; usou como base para esse índice os planos coletivos, o que era absurdo em função de os parâmetros do coletivo serem intrinsecamente diferentes do individual, tais como perfil do segurado, índice de utilização, fator moderador, etc.; estabeleceu 20% de reajuste para a consulta, independente de ser essa a necessidade do mercado ou a capacidade da operadora; determinou a aplicação integral e numa única data desses 20%, enquanto a operadora que tivesse um impacto de custo de 3,40%, ao longo de 12 meses, não recuperaria o 1,70%, mas apenas a metade disso, ou seja, 0,85%, conforme modelo que apresentou; desrespeitou o cálculo atuarial, que previa todas as ocorrências, e impôs aos contratos coletivos um aumento de custo não previsto, vez que o reajuste da consulta teria de ser aplicado para os individuais/familiares e os coletivos; e, penalizou as operadoras que já valorizavam as consultas e praticavam preços diferenciados, beneficiando as que pagavam um valor, por exemplo, de R\$ 15,00, para as quais o 1,70% tinha um peso inferior na composição de seu custo, fazendo com que essa recuperasse mais do que outra que estivesse pagando R\$ 30,00, o que inviabilizava a competitividade. Para encerrar, conforme citado pelo SINAMGE, defendendo a transparência, considerou adequado que a operadora comunicasse apenas à Agência os reajustes praticados e não à outras entidades, evitando criar outras subordinações. **O DR. ELEUSES** colocou que, particularmente, não sabia se 20% agradavam ou desagradavam aos médicos, porém acreditava que, na busca de um ponto de equilíbrio, a ANS fez uma tentativa de encontrar um número, que teria de ser encarado não como um reajuste, e sim como uma sinalização de recomposição para aqueles atores, sem entrar na discussão de reajustes anteriores.

319 Frisou ser urgente estabelecer regras e limites para o setor, a fim de coibir fatos como:
320 das operadoras se eximirem de esclarecer, em especial aos usuários, os índices de
321 reajustes que haviam utilizado de 96 até aquela data, vez que aparentemente eram
322 incompatíveis com dados do DIEESE; e, de algumas operadoras, deliberadamente e sem
323 punição, estarem cometendo um crime de levar tensão à área de saúde e ao setor social
324 do país, tentando acabar com a autonomia do profissional médico, interferindo em ato
325 hospitalar e pondo em risco a vida de pacientes, o que poderia ser irrelevante sob o ponto
326 de vista econômico, mas era um disparate sob o ponto de vista de respeito à vida humana.
327 Considerou impraticável que se trabalhasse no setor de saúde com uma visão puramente
328 econômica, porque isso era perverso à medida em que excluía determinadas patologias,
329 cujo tratamento poderia ser primordial para o paciente, a exemplo do tratamento da
330 doença crônica que, ao longo do tempo, acabaria deixando de ser oferecido pelo seu
331 elevado custo. Com a iniciativa da ANS de instalar a Câmara Técnica de Contratualização,
332 fixando um prazo para estabelecer normas relativas às relações entre operadoras e
333 prestadores de serviços, avaliou que, num futuro próximo, também os prestadores pessoa
334 jurídica estariam contemplados nas suas reivindicações. Reforçou a importância da Câmara
335 de Assuntos Médicos, onde questões como rol de procedimento, preexistência, e outras
336 correlatas, seriam discutidas de maneira técnica e científica e não somente pelo seu lado
337 econômico. Encerrando, apoiou a criação daquelas câmaras, que certamente dariam um
338 norte favorável para o setor privado de saúde, fazendo com que se aproximasse do tão
339 almejado ponto de equilíbrio, dentro de limites éticos, o que era anseio de todos-
340 prestadores, usuários, médicos e empresas. **O DR. JANUARIO** mais uma vez à frente do
341 tema central, levantou que um problema ocorrido com a Revisão Técnica suscitou ser
342 imprescindível introduzir o seu debate naquela Câmara, a fim de que todos dele ficassem
343 cientes e refletissem sobre a gravidade de suas eventuais consequências. Relatou que as
344 duas únicas autorizações deferidas foram objeto de ação judicial, cujo processo estava
345 ainda tramitando e sendo discutido em grau de recurso, que em primeira instância obteve
346 sentença favorável a suspensão da revisão concedida, e, havendo a possibilidade de ser
347 confirmada, era preciso viabilizar o retorno à situação anterior àquela revisão. Antes que os
348 dados referentes à essa matéria fossem apresentados, comunicou que teria de se ausentar
349 motivado por um imprevisto, e, agradecendo a presença de todos, passou a direção dos
350 trabalhos ao Dr. Barroca. **O DR. BARROCA** resgatou que a Revisão Técnica, instituída na
351 RDC nº 27, não era simplesmente um enquadramento, e sim um conjunto de medidas que
352 podiam ser tomadas com vistas à correção de desequilíbrios na carteira de planos privados
353 capazes de comprometer a solvência e a liquidez da operadora. O processo passava por
354 três etapas: a do enquadramento, que estava sendo objeto de estudo em Câmara Técnica,
355 a da implementação e a do acompanhamento. No enquadramento era verificado se
356 existiam desequilíbrios vinculados à despesa médico-hospitalar da operadora, que
357 afetasse a prestação continuada dos serviços de assistência à saúde e ameaçassem a sua
358 solvência e liquidez, analisando o conjunto das carteiras de planos individuais/familiares e
359 coletivos, patrocinados ou não, além dos componentes econômico-financeiros, podendo
360 fazer com que a Agência instalasse o Plano de Recuperação. Na implementação era
361 detectado exatamente em qual das carteiras estava o desequilíbrio, e, para o montante
362 passível de recuperação dos planos individuais e familiares, a operadora propunha opções,
363 pelo menos uma sem variação da contraprestação pecuniária, como remodelagem de rede,
364 ressegmentação do plano do beneficiário, introdução de franquias ou co-participação, as
365 quais eram validadas pela Agência e oferecidas aos seus usuários, garantido-lhes o direito
366 de escolha. Essa fase terminava com a assinatura do termo de adesão pela operadora, que
367 estabelecia metas e prazos de realização de melhoria gerencial, administrativa e
368 assistencial, redução futura de custos, aumento da sua eficiência, cujo cumprimento
369 passava a ser acompanhado pela Agência. Dessa maneira, do universo de 2.607
370 operadoras, houve 47 solicitações de revisão técnica, ou seja, pouco mais de 1% do total,
371 35 delas indeferidas, 6 em análise e 2 deferidas. Uma das operadoras que teve a revisão

técnica deferida, mostrava um desequilíbrio anual projetado em R\$ 13 milhões e dentre as opções que colocou, a que mais impactava era de reposicionar o valor da mensalidade em 109%, para o que a Agência autorizou o máximo de 22,3%, sem mudança na rede e sem co-participação. Os seus beneficiários optaram por uma das três alternativas que lhe foram dadas, e, com as metas assistenciais, de contingenciamento administrativo, fiscalização permanente, a operadora chegou a um resultado positivo de melhoria da qualidade da assistência vinculado a uma redução de custo, podendo honrar com os seus compromissos comerciais. Assim, acentuou que a revisão técnica era um instrumento do qual a Agência não renunciava, pela sua competência legal e necessidade regulatória, porém, se o Judiciário mantivesse a reversão das que foram concedidas, o assunto teria de voltar à pauta daquela Câmara, para que se discutisse como se daria o retorno ao *status quo* nesses casos. Em seguida, constatando que os informes, os quais tiveram de ser levados ao conhecimento de todos, demandaram muito tempo daquela reunião, entendeu ser inoportuno entrar no item de Doença e Lesão Preexistente-DLP, cujo debate poderia ficar prejudicado, e, não havendo objeção, sugeriu que fosse pautado para a próxima, em conjunto com o Ressarcimento ao SUS, abrindo a palavra acerca do encaminhamento desse debate. **A DRA. LUCIA HELENA** julgou fundamentais os assuntos que foram ali discutidos, entretanto, ponderou que o desgaste que causaram e a escassez do tempo impediriam o adequado aprofundamento que as questões concernentes à Doença e Lesão Preexistente mereciam. Por isso, propôs que elas fossem discutidas numa câmara técnica a ser instalada, onde, num prazo de sessenta dias, a exemplo de outras, se chegasse a um bom termo em torno das mesmas. **A DRA. ANDREA** classificou a Revisão Técnica como um problema extremamente sério, no qual existia o lado jurídico que não fora tratado e o lado do usuário que vinha pagando pelos desequilíbrios econômico-financeiros das operadoras. Por ser o IDEC autor do mencionado processo judicial, preferiu somente se pronunciar sobre o assunto e mostrar as informações que sua entidade possuía, na reunião específica que haveria para tratá-lo. Endossando a proposta da **Dra. Lucia Helena** de uma câmara técnica de DLP, incorporou dois aspectos que deveriam nela ser discutidos separadamente. O primeiro seria voltado para a forma, compilando, num instrumento único que primasse pela técnica, tudo o que já estivesse regulamentado, desde a Resolução CONSU nº 2 até a RDC nº 68 da ANS, a fim de evitar dúvidas de interpretação. O segundo seria ligado ao conteúdo, aprofundando os seus polêmicos e extensos pontos, como o conceito, o agravo, a definição de critérios para procedimentos de alta complexidade, a discussão dos já existentes, e assim por diante. Sem descartar a sugestão do **Dr. Barroca** de pautar o tema para junho na Câmara de Saúde Suplementar, considerou que seria oportuna a criação da câmara técnica de DLP, a qual, definitivamente, atenderia a reivindicação das entidades de defesa do consumidor de se enfrentar, com objetividade, esse problema tão complexo e abrangente. E, visando maior rapidez, complementou que tinha de ser fixado o prazo de sessenta dias para o funcionamento dessa câmara, nos moldes da Câmara Técnica de Contratualização. **O DR. REINALDO** insistiu que o agravo representava fortes entraves ao mercado, porque, como a legislação permitia que o usuário saísse do plano a qualquer momento, o seu cálculo ficava inviável ou, no mínimo, inseguro, conforme já havia sido comprovado num parecer do Instituto Brasileiro de Atuária. Disse que, o fato do usuário poder desistir aleatoriamente do plano, deixava as operadoras totalmente sem referência, pois, para calcular o agravo ela podia utilizar, por exemplo, um período de 24 meses e aquele usuário permanecer no plano apenas por três ou quatro, o que, na maioria das vezes, sequer cobria os procedimentos realizados. Por isso, apontou que os dados que trariam segurança para que o mercado trabalhasse com informações corretas, estavam ainda sendo construídos, inclusive através do SIP, razão pela qual, a proposta do SINAMGE era de, durante essa fase de construção, revogar a obrigatoriedade do agravo, postergar sua exigência e deixar a critério da operadora o oferecimento do mesmo, evitando um passivo de ações da própria ANS que tinha de cumprir seu papel de fiscalizar sem resultados práticos a curto prazo. Aprovou o

encaminhamento da ANS de manter na Câmara de Saúde Suplementar a discussão do conceito de DLP e sugeriu que, caso fosse instalada uma câmara técnica para o assunto, os consensos nela construídos e os dissensos não superados fossem, periodicamente, apresentados naquele fórum. **O DR. ELEUSES**, observando que todos tinham preocupação de, olhando para o universo de quarenta milhões de pessoas, avançar com rapidez na tentativa de solucionar os conflitos, encaminhou sua proposta na linha do IDEC e PROCON. Concordou que houvesse um fórum para discutir DLP, ficando à critério da Agência escolher se seria uma câmara técnica ou uma comissão, enfim, o que pudesse ter mais agilidade, porque achava que, naquele momento, criar uma câmara técnica sem uma sinalização de para onde ir e de quando chegar, não agregava muito à discussão. Acrescentou que esse fórum deveria ter um período pré-fixado de trabalho, com uma data claramente estabelecida para o seu término, e, como foi para a Câmara Técnica de Contratualização, sugeriu que esse prazo fosse de sessenta dias. **O DR. GIANINI**, de acordo com os informes relatados pelo **Dr. Januario**, manifestou estar bastante satisfeito com a verdadeira atenção que a ANS vinha dispensando ao seu segmento, o que podia ser observado através das seguintes posturas: de visitar a UNIODONTO-Curitiba, o que muito lhe honrou por ser essa a que ele dirigia, deslocando seus técnicos, que foram cordiais e ficaram realmente sensibilizados com as particularidades das operadoras de plano odontológico; de preocupar-se com as inúmeras empresas odontológicas que operavam à margem da lei, cuja existência complicava a vida daquelas que estavam devidamente registradas e cumpriam as exigências da Agência; e de incentivar as denúncias, para tanto abrindo cada vez mais os canais da instituição, a fim de que pudesse tomar as devidas providências. No que tange a preexistência, concordou com o encaminhamento feito pelo **Dr. Eleuses**, registrando que, pela lógica, ela se fazia presente também na odontologia, razão pela qual merecia ser analisada em todas as suas nuances, e, lamentando a ausência dos colegas do C.F.O. que enriqueceriam o debate, ensejou que houvesse outra oportunidade para melhor se discutir essa matéria. **O DR. PEDRO FAZIO**, sem o intuito de acirrar a discussão da preexistência, disse que ela não cabia no conceito de cobertura de risco e tinha de ser abordada como uma questão de financiamento para que cada um pudesse assumir a sua quota de responsabilidade. Pediu que fosse esclarecido se, ficando para a pauta de junho o debate de DLP, o ressarcimento ao SUS seria transferido para agosto. **O DR. BARROCA** a título de esclarecimento e conforme encaminhamento inicial, reiterou que integrariam a pauta da próxima reunião da Câmara de Saúde Suplementar o Ressarcimento ao SUS. Após, perpassando pelo que foi colocado nas últimas falas que o antecederam, fez questão de consignar que a ANS também procurava objetividade e não tinha interesse em postergar a solução de nenhum problema desse segmento. Assegurou que, absolutamente, não era contrário à existência de uma câmara técnica de DLP, contudo, por ser impraticável dar um posicionamento definitivo naquele momento, uma vez que tal decisão dependia da Diretoria Colegiada, garantiu que levaria a proposta ao seu conhecimento o mais rápido possível, além de que tentaria provocar conversas paralelas que acelerassem os entendimentos das convergências e divergências em torno de DLP. Porém, ainda que prosseguindo nessa direção de criar um outro fórum para discutir o tema Doença e Lesão Preexistente, ratificou a importância de mantê-lo no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar, onde se pactuasse, no mínimo, o seu conceito, porque, como disse a **Dra. Andrea**, tinha de ser aprofundado nas suas particularidades de forma e, principalmente, nas de conteúdo, as quais eram extraordinariamente graves e densas. Para instrumentalizar esse debate, firmou o compromisso de agrupar as proposições que a Agência recebeu em três blocos chamados de: Conceito, Necessidade de Aperfeiçoamentos de Regulação e Processo, o que seria encaminhado a todos com brevidade. Finalizando, disse que, pela expectativa generalizada de avanço na regulamentação e de conseqüente melhoria na situação do setor de saúde suplementar, o fato da agenda prevista ter sido alterada e não esgotada poderia induzir ao sentimento de que se estava perdendo tempo. No entanto, enfatizou que aqueles que atuavam nessa área e que vinham acompanhando

ATA DA VIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

478 esse processo, haveriam de reconhecer as imensas dificuldades percorridas, o empenho de
479 cada um dos atores envolvidos e da Agência, e o quanto se aperfeiçoou na busca do
480 equilíbrio do sistema. Assim, agradecendo a presença e a participação de todos, encerrou a
481 27ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

482
483

484 Agência Nacional de Saúde Suplementar- Diretor-Presidente

485
486

487 Associação Médica Brasileira

488
489

490 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

491
492

493 Confederação Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

494
495

496 Confederação Nacional do Comércio

497
498

499 Conselho Federal de Enfermagem

500
501

502 Conselho Federal de Medicina

503
504

505 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED

506
507

508 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

509
510

511 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

512
513

514 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais

515
516

517 Federação Brasileira de Hospitais

518
519

520 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização –FENASEG

521
522

523 Fundação PROCON-São Paulo

524
525

526 Instituto Brasileiro de Defesa-IDEC

527
528

529 Ministério da Fazenda