

1 Às dez horas do dia vinte e oito de novembro de dois mil e dois, no San Marco Hotel,
2 situado no Setor Hoteleiro Sul- Quadra 05 - Bloco "C", na cidade de Brasília-DF, foi
3 realizada a vigésima nona reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº
4 9.656, de 03 de junho de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e
5 consultivo, nos termos do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28
6 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da M.P. nº 2.177-versão 44. Contou com a
7 presença dos Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Dr. **Januario**
8 **Montone** - Diretor-Presidente, Dr. **João Luis Barroca de Andréa**- Diretor de Normas e
9 Habilitação dos Produtos, Dra. **Maria Stella Gregori**- Diretora de Fiscalização, e Dr. **Luiz**
10 **Arnaldo Pereira da Cunha Junior**- Diretor de Desenvolvimento Setorial. Compareceram
11 os seguintes representantes: Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel** do Conselho Federal de
12 Medicina-C.F.M.; Dr. **José Mário Moraes Mateus** do Conselho Federal de Odontologia-
13 C.F.O.; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo** da Federação Brasileira de Hospitais-F.B.H.;
14 Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior** da Confederação das Santas Casas de Misericórdia,
15 Hospitais e Entidades Filantrópicas-C.M.B.; Dr. **Vitor Gomes Pinto** da Confederação
16 Nacional da Indústria-C.N.I.; Drs. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e **Adriano**
17 **Matheis Londres** da Confederação Nacional do Comércio-CNC; Dra. **Lucia Helena**
18 **Magalhães Lopes da Silva** da Fundação Procon de São Paulo; Dr. **Sérgio Augusto**
19 **Werneck de Almeida** da Fundação Procon de São Paulo; Dra. **Karina Rodrigues** do
20 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC; Dra. **Josefa Renê dos Santos**
21 **Patriota** da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde-
22 ADUSEPS; Drs. **José Antônio Diniz de Oliveira** do CIEFAS e **Sergio Cândio** da
23 ABRASPE, pelo segmento de autogestão; Dr. **Arlindo de Almeida** do SINAMGE, pelas
24 empresas de medicina de grupo; Dr. **José Claudio Ribeiro Oliveira** da UNIMED, pelas
25 cooperativas de serviços médicos; Dr. **Carlos Roberto Squillaci** do SINOG, pelas
26 empresas de odontologia de grupo; Drs. **Luiz Francisco Gianini** e **Egberto Miranda**
27 **Silva Neto** da UNIODONTO, pelas cooperativas de serviços odontológicos; Dra. **Neide**
28 **Regina Cousin Barriguelli** das entidades de portadores de deficiência e de patologias
29 especiais; Drs. **Heráclito de Brito Gomes Júnior** e **Pedro Antonio Fazio** da Federação
30 Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização-FENASEG; e, Dr. **Samir**
31 **Dahas Bittar** da Associação Médica Brasileira-A.M.B. Participaram como convidados: Dra.
32 **Sandra Francis Zisman** do Ministério da Fazenda, Drs. **Danilo Valter Bernik** da
33 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, Dra. **Silvia**
34 **Bellusci** da CNI, e, da ANS, Drs. **Flávio Carneiro Guedes Alcoforado**, **Hermínio José**
35 **Leitão Mendes**, **Everardo Cancela Braga**, **Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos**, **Mônica**
36 **Nigri Olivier**, **Helena Salles**, **Paulo Amary Freire Bruno**, **Celina Maria de Oliveira**
37 **Perez**, **Verônica Schara**, **Maria Teresa Correa Silva** e **Dagmar de Oliveira**. Foram
38 registradas as justificativas de ausência apresentadas pelo Conselho Federal de
39 Enfermagem e pela Central Única dos Trabalhadores, sendo anunciadas as formalizações
40 dos representantes das seguintes entidades: para a vaga de entidades de defesa do
41 consumidor, já ocupada pelo PROCON de São Paulo, o titular Dr. Gustavo José Marrone de
42 Castro Sampaio, Portaria nº 527/02; para a outra vaga das entidades de defesa do
43 consumidor, o titular Dr. Sérgio Augusto Werneck de Almeida do Procon de São José dos
44 Campos e a suplente Dra. Sueli Kaunert de Oliveira do Procon de Santana de Parnaíba,
45 Portaria nº 461/02; para a vaga das associações de consumidores de planos privados de
46 assistência à saúde, já ocupada pelo IDEC, a titular Dra. Andrea Salazar e a suplente Dra.
47 Karina Rodrigues, Portaria nº 528/02; para a segunda vaga desta representação, o titular
48 Dr. Vinicius de Negreiro Calado e a suplente Dra. Josefa Renê dos Santos Patriota, ambos
49 da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde, Portaria nº
50 469/02; da Confederação Nacional do Comércio, o titular Dr. Paulo Guilherme Barroso
51 Romano e o suplente Dr. Adriano Matheis Londres, Portaria nº 487/02; da Confederação
52 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, o titular Dr. Francisco Ubiratan
53 Dellape e o suplente Dr. José Francisco Schiavon, Portaria nº 470/02; do Conselho

54 Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, o titular Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi
55 e o suplente Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto, Portaria nº 468/02; do Ministério do Trabalho
56 e Emprego, o suplente Dr. Gil Vicente Fonseca Ricardi, Portaria nº 460/02; e, da Central
57 Única dos Trabalhadores, o suplente Dr. Alceu José Peixoto Pimentel, Portaria nº 462/02.
58 Os participantes receberam a minuta da ata da 28ª reunião e a pauta da 29ª,
59 acompanhada das propostas da Agência sobre os seus itens 3 e 4. A pauta estava
60 composta por: 1. deliberação da ata da 28ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; 2.
61 Informes; 3. discussão de Doença e Lesão Preexistente; 4. discussão do “Cartão
62 Desconto”; e, 5. discussão do “Ressarcimento ao SUS”. **O DR. JANUARIO** iniciou a
63 reunião, agradecendo a presença de todos, saudando os componentes a ela recém
64 integrados, e, com o término do mandato da Dra. Maria Inês Fornazaro à frente do
65 PROCON de São Paulo, enalteceu o trabalho desenvolvido naquela entidade por ela e sua
66 equipe. Por oportuno, formalizou o pedido de desculpas, em nome da Diretoria Colegiada
67 da Agência, pelas alterações, ocorridas durante o segundo semestre de 2002, no
68 calendário de reuniões daquela Câmara, as quais tiveram motivos altamente justificáveis.
69 Logo após, submeteu à apreciação a minuta da ata da 28ª reunião da Câmara de Saúde
70 Suplementar, que, sem qualquer ajuste, foi aprovada por unanimidade e disponibilizada
71 para as devidas assinaturas. Antes de entrar nos outros itens da pauta, registrou o
72 ineditismo do processo de transição, vivenciado no Brasil, que antecedia a mudança do
73 Governo Federal em janeiro de 2003, no qual, no âmbito do Ministério da Saúde, a ANS e a
74 ANVISA estavam inseridas, fornecendo à equipe de transição todas as informações que
75 foram e que viessem a ser requisitadas, com a dinâmica própria das Agências Reguladoras,
76 cujo conceito foi formatado para garantir, nessas situações, a continuidade do
77 desenvolvimento de suas missões, dos seus trabalhos cotidianos e de suas prioridades,
78 tanto que, naquele momento, tramitava junto ao Senado Federal a recondução pelo
79 Presidente Fernando Henrique Cardoso da Dra. Maria Stella Gregori para o cargo de
80 Diretora da ANS. Na seqüência, relatou o encaminhamento que a Agência havia dado ao
81 Cartão Desconto. Com o forte apoio obtido das entidades integrantes da Câmara de Saúde
82 Suplementar, em particular do PROCON de São Paulo, na busca de uma linha para superar,
83 inclusive, alguns problemas passíveis de questionamento jurídico sobre essa matéria, foi
84 elaborada uma minuta de Comunicado, considerando que a Lei atingia os que
85 comercializavam esse tipo de produto e determinando um prazo para que regularizassem
86 tal atividade, sob pena de serem retirados do mercado. A referida minuta, além de ter sido
87 submetida previamente a todos os componentes daquela Câmara, foi colocada em consulta
88 pública para ampliar o leque de sugestões, tendo recebido mais de sessenta
89 manifestações, cujo resultado estava em análise, mas uma primeira avaliação demonstrou
90 que a proposta havia sido aceita pela maioria. Em paralelo a isso, a Agência editou uma
91 RN, também depois de uma consulta aos membros daquela Câmara, estabelecendo a
92 obrigatoriedade de constar em todo o material institucional e publicitário das operadoras, o
93 seu número de registro na ANS, evidenciando que sem ele não estaria autorizada a
94 comercializar qualquer produto regulado pela Lei 9656. Diante do apelo da **Dra. Renê** de
95 que a ANS ampliasse a divulgação ao consumidor de que o Cartão de Desconto não era
96 plano ou seguro de saúde e nem estava contemplado pela Lei 9656, dando clareza ao
97 consumidor, afirmou que a Agência vinha se empenhando nesse sentido e contava com a
98 colaboração dos atores do setor, acreditando que as medidas recém implementadas já
99 tinham um significado importante como instrumento concreto de alerta aos usuários. Dessa
100 forma, frente ao avanço e amadurecimento em torno do Cartão Desconto, embora fosse
101 esse um dos itens da pauta, perguntou aos presentes se poderia prosseguir sem a
102 reabertura da discussão do mesmo, salvo houvesse alguma necessidade ao longo do
103 processo, o que foi aceito. No que tange à Doença e Lesão Preexistente, assunto da maior
104 relevância que foi ali debatido ao longo de praticamente um ano, anunciou que a Agência,
105 confiante ainda no apoio de todos os segmentos, iniciaria uma grande campanha
106 publicitária voltada às parturientes, estimulando o exercício do seu direito, já

107 regulamentado, de inscrever no plano o filho recém-nascido nos primeiros trinta dias após
108 o nascimento, sem alegação de doença e lesão preexistente, e, antes de passar a palavra
109 ao **Dr. Barroca** para que expusesse o conjunto de propostas preparadas pela Agência,
110 abriu à considerações. **O DR. SAMIR**, no tocante ao Cartão Desconto, que ganhou uma
111 unanimidade rara naquela Câmara desde que foi suscitado, por disseminar danos a quase
112 todos os segmentos, exceto para aquele que o comercializava, parabenizou a Agência, que
113 de maneira satisfatória e ágil, trouxe uma solução para o tema, a qual certamente
114 representaria um ganho à sociedade, à classe médica e aos usuários. **O DR. PEDRO**
115 **PABLO** deu conhecimento de que na última plenária do Conselho Federal de Medicina foi
116 aprovada uma resolução proibindo a participação dos médicos em Cartão de Desconto. **O**
117 **DR. BARROCA** reforçou a importância da campanha anunciada pelo **Dr. Januario**, e
118 discorreu sobre as propostas afetas à DLP, as quais regulamentavam matérias que
119 permearam intensamente as discussões naquele fórum. A primeira de, numa Súmula
120 Normativa, vincular o conceito de leito de alta tecnologia para os casos da Resolução
121 CONSU nº 02 de cobertura parcial temporária decorrentes da preexistência declarada aos
122 tipos de unidade de tratamento intensivo, classificados na Portaria GM nº 3432 de
123 12/08/98 do Ministério da Saúde, uma vez que esse conceito estaria sendo usado
124 indevidamente. A segunda, era de uma resolução normativa alterando e aperfeiçoando a
125 RDC 24/01, na qual seria imputada às operadoras e não mais apenas ao seu coordenador
126 médico, a responsabilidade pela guarda e sigilo das informações relacionadas na
127 declaração de saúde. A terceira era de uma resolução normativa regulando as condições
128 gerais da declaração de saúde, para que cada operadora fosse se adaptando às suas
129 particularidades, sem criar uma padronizada, e que, atrelada a responsabilidade do sigilo
130 das informações, estaria sujeita às respectivas penalidades. Quanto à essa última,
131 acrescentou que nos seus anexos estavam os exemplos dos dois grupos distintos de
132 perguntas que poderiam fazer parte da declaração do usuário proponente: um que
133 indagasse se ele possuía ou era portador, naquele preciso momento, de alguma doença,
134 excluindo-se dessa forma a história patológica pregressa; e outro, de preenchimento
135 opcional, levantando as suas condições de saúde e hábitos de vida, informações que não
136 poderiam ser utilizadas para fim de cobertura parcial temporária e que serviria para que se
137 avançasse nas campanhas de prevenção, orientação e educação voltadas à saúde.
138 Finalizando, disse que essa RN obrigaria as operadoras a identificarem, na carteira do
139 usuário, a existência de cláusula de cobertura parcial temporária e o seu prazo de validade,
140 de maneira que quem não tivesse tal identificação, não poderia ter qualquer negativa por
141 cobertura parcial temporária. **O DR. EGBERTO** argumentou que para as operadoras
142 diagnosticarem se o usuário possuía uma doença ou lesão preexistente, fazendo uma boa
143 triagem, era essencial que as perguntas da declaração de saúde não fossem limitadas e
144 fornecessem o máximo de informações, evitando a necessidade de fazerem exames, que
145 elevava o seu custo operacional, o qual acabaria sendo repassado ao consumidor. Acerca
146 da cláusula de cobertura parcial temporária proposta, ponderou que a operadora precisaria
147 de mais do que noventa dias para viabilizar que ela constasse do cartão do usuário, e que
148 fosse elaborado um rol das complicações de uma determinada doença e dos procedimentos
149 restritos nessa cobertura, como fez a UNIMED Vitória, o que deveria ser uma tarefa da
150 Agência para que as operadoras não arcassem com mais esse custo. **A DRA. RENÊ**
151 apresentou-se como médica e representante de uma entidade de defesa de usuários de
152 planos fundada em Recife antes mesmo da Lei, quando ainda não se imaginava as
153 conquistas que foram alcançadas. Julgou ser fundamental à segurança do usuário que a
154 declaração de saúde tivesse um modelo único, instituído e monitorado pela Agência, a
155 medida que, ficando a mesma a critério de cada empresa, daria brechas para dúvidas e
156 eventuais tentativas de qualquer das partes de se aproveitarem disso. Levando em conta
157 que, na prática, o paciente deixava o consultório do médico com o CID preenchido no
158 formulário e procurava a seguradora para ter acesso ao exame solicitado, declarou que os
159 profissionais eram forçados pelas operadoras a informar o CID, o que quebrava o sigilo,

160 expunha o paciente e presumia a desonestidade do profissional, quando esse, muitas
161 vezes, precisava de um tempo para chegar a um diagnóstico e melhor identificar aquele
162 código. Desejou que o SUS viesse a assumir a sua responsabilidade com toda a população
163 e que os planos privados fossem uma alternativa de assistência à saúde aos brasileiros,
164 contudo, paralelamente, observando que todos os atores do segmento privado buscavam o
165 equilíbrio desse setor, acenou que não houvesse a inserção da cláusula de cobertura
166 parcial temporária na carteira do usuário, para que não rebatesse nele como um fator de
167 maior restrição de cobertura ou de atendimento, e tal assunto fosse tratado com um maior
168 cuidado e de forma especial. **O DR. SÉRGIO WERNECK** apontou que na Súmula
169 Normativa havia erro na data de publicação da Resolução CONSU nº 2. Com vistas a
170 transparência, achou prudente que o art. 5º da minuta da RN de declaração de saúde
171 tivesse a redação “sem a anuência do consumidor” acrescida da palavra “expressa”, e que
172 o usuário estivesse bem conscientizado de que as informações referentes ao seu estilo de
173 vida eram opcionais. Reivindicou que as operadoras fossem compelidas a justificar
174 formalmente à Agência as rescisões de contratos nos casos de preexistência e que
175 deixassem de se valer do argumento de que o consumidor cometeu fraude não declarando
176 a mesma. **A DRA. LUCIA HELENA** ratificou na íntegra a fala do **Dr. Werneck**, ressaltando
177 que as operadoras deveriam formalizar a justificativa de alegação de preexistência,
178 embasando a negativa de cobertura ou o rompimento do contrato, porque, até aquele
179 momento, elas não documentavam essa atitude, descumprindo a formação do processo
180 administrativo contido na Resolução CONSU nº 2. Reconheceu que havia avanços nas
181 propostas apresentadas, a exemplo das perguntas da declaração de saúde serem
182 relacionadas a fatos presentes e não passados. Porém, compactuou com a postura de
183 outras entidades de que a mesma deveria ser única e assinalou ainda duas preocupantes
184 circunstâncias, as quais poderiam impedir que o consumidor tivesse seu problema
185 resolvido: de que as operadoras se valessem da declaração não obrigatória, mesmo sem
186 verbalizar, para perguntar aquilo que não estivesse no âmbito da obrigatória, mantendo,
187 assim, o mesmo núcleo de informações, capaz de subsidiar a negativa de atendimento a
188 pretexto da preexistência; e, de que a identificação na carteira do usuário da cláusula de
189 cobertura parcial temporária viesse a contrariar o seu aspecto positivo por não fazer
190 referência ao que estava sendo restringido. Entendendo que a Agência deveria estar muito
191 próxima do que acontecia na prática com o usuário, atentou que o conteúdo da declaração
192 de saúde teria de ser mais abrangente, prestando ao consumidor o máximo possível de
193 informações, a exemplo do dever de declarar as doenças que soubesse ser possuidor e as
194 consequências de eventuais omissões, bem como da impossibilidade de haver negativa de
195 cobertura ou rescisão do contrato por parte da operadora antes do julgamento final em
196 processo administrativo. Entretanto, salientou que qualquer detalhamento do conteúdo
197 dessa declaração, não poderia perder de vista a definição de pontos pertinentes à temática
198 da DLP, já enumerados pelo PROCON e IDEC, que, além de estarem esparso na legislação,
199 tinham necessidade capital de serem aprofundados, dentre eles: o rol de alta
200 complexidade, o agravo e sua cobertura, e o prazo de carência para urgência e
201 emergência. **A DRA. KARINA** constou que o IDEC também gostaria que a declaração de
202 saúde fosse padronizada e elaborada pela Agência. Mencionou que, mesmo a contragosto,
203 tinha de se admitir que havia na Lei uma carência extensa aos portadores de doenças
204 preexistentes, as quais o consumidor tinha de saber ser portador à época do seu ingresso
205 no plano de saúde e cujo ônus da prova era das operadoras. No entanto, dado que elas
206 simplesmente negavam o atendimento, o que era objeto de muita reclamação no IDEC,
207 noticiou que sua entidade estava empenhado em fazer um amplo trabalho de divulgação
208 desse desconhecido direito dos consumidores, ou seja, de que as empresas tinham de
209 submeter tal ocorrência à apreciação e julgamento em processo administrativo junto ao
210 órgão regulador, solicitando à Agência que fizesse o mesmo e indagando sobre a existência
211 de procedimentos dessa espécie na ANS, bem assim o modo como vinham se
212 desenrolando. Como verificava que as operadoras ofereciam a possibilidade do agravo,

213 impondo preços altíssimos aos consumidores, indagou também se existia alguma
214 perspectiva de definir critérios de fixação desses valores, de modo que eles tivessem
215 subsídios para melhor discutir o seu direito de acesso ao atendimento. Endossando o que
216 foi dito pela Dra. Lúcia, concordou que a especificação na carteira do usuário da cláusula
217 de preexistência não era suficiente para esclarecer os procedimentos que o seu portador
218 poderia ter excluído nessa cobertura. **O DR. JANUARIO**, em resposta, lembrou que para o
219 agravo o encaminhamento foi de instalar uma Câmara Técnica que discutisse a
220 metodologia do seu cálculo e que estava sendo providenciada pela Agência. **O DR.**
221 **HERÁCLITO** referindo-se à declaração de saúde, posicionou que as definições de
222 cobertura parcial temporária e agravo já faziam parte das condições das apólices das
223 seguradoras, e considerou inadequado que tivesse um modelo único, sendo correto acordar
224 seus critérios gerais, que permitiriam a cada operadora se adaptar conforme suas
225 peculiaridade, à exemplo da aceitação que o mercado tratava de forma variada. Defendeu
226 que perguntas como as ligadas à utilização de medicamentos, significativas na análise do
227 risco e no diagnóstico das doenças preexistentes, fossem mantidas no formulário de
228 declaração de saúde, o qual deveria integrar a proposta de seguro ou do plano de saúde
229 ofertado pela operadora, com manifesta ciência dos seus clientes do que lhes estava sendo
230 entregue naquele momento. Em virtude de que as apólices dos segurados discriminavam
231 todas as condições que haviam sido pactuadas na contratação do seguro e de que a
232 autorização para alguns eventos era dada pelas seguradoras aos prestadores via Internet,
233 telefone, ou fax, sendo a carteira apenas uma identificação do usuário, ponderou que
234 inserir isoladamente nessa carteira a informação da cláusula de cobertura parcial
235 temporária, acarretaria um custo adicional para as operadoras, sem contudo trazer aos
236 consumidores os benefícios esperados. **O DR. ARLINDO** reiterou a proposta de sua
237 entidade de que o artigo 1º da Resolução CONSU nº 2, onde as doenças e lesões
238 preexistentes eram definidas como aquelas que o consumidor ou seu responsável soubesse
239 ser portador ou sofredor na data da contratação do plano, fosse acrescido da expressão
240 “inclusive, em relação à sintomatologia específica”, com o objetivo de dar maior clareza ao
241 usuário. Sugeriu que a Agência disponibilizasse técnicos especializados que fizessem uma
242 auditoria *in loco* dos casos de preexistência e insistiu na suspensão da obrigatoriedade do
243 agravo enquanto não se tivesse algum indicativo da Câmara Técnica a ser criada para a
244 sua análise, em função da dificuldade desse cálculo para as doenças preexistentes, o que
245 havia sido constatado pelo Instituto Brasileiro de Atuaria. **O DR. JOSÉ CLAUDIO**, em
246 nome da transparência que norteava o convívio entre as operadoras e os consumidores,
247 frisou que se a declaração de saúde tivesse um modelo único, confeccionado e monitorado
248 pela Agência, deveria incluir que a omissão de informações pelo usuário caracterizava um
249 comportamento fraudulento, nos termos do artigo 7º da Resolução CONSU nº 2. **O DR.**
250 **PEDRO PABLO** interpretando que o sigilo médico era um instrumento de proteção ao
251 paciente, registrou que o profissional, apesar de não ser obrigado a informar o CID,
252 poderia prestar as informações que seu cliente pedisse, sem questionar o uso que faria das
253 mesmas, evitando que tivesse de recorrer ao judiciário para obter algum ressarcimento da
254 operadora. Registrou ainda que o ideal seria que a declaração de saúde fosse padronizada,
255 possibilitando que a Agência, dentro do que fosse pactuado como aceitável entre
256 operadora, prestadores e usuários, pudesse fiscalizar melhor e defender o cidadão que iria
257 assinar a mesma. **O DR. PEDRO FAZIO** denotou que, pela ótica do consumidor, era
258 evidente o avanço que a preexistência alcançou com o advento da Lei 9656, onde ficou
259 cravada a possibilidade de ser alegada apenas nos primeiros 24 meses de contrato,
260 imputando à operadora o ônus de provar que o contratante já era portador e disso
261 soubesse, quando da assinatura do contrato. Por consequência, apelou para que fosse
262 reconhecido que as operadoras tiveram de agregar um custo extraordinário, o qual ainda
263 estavam tentando absorver, vez que antes simplesmente não davam esse tipo de
264 cobertura. Então, demonstrou-se preocupado vendo que aquela discussão estava
265 totalmente distorcida, a medida que ficava presa à exceção, debatendo o detalhamento da

266 declaração de saúde, o que colocar na carteirinha do usuário, e caminhos de cercar a
267 fraude, como se a operadora precisasse de uma declaração de saúde para negar a
268 cobertura e como se ela fosse a única dos atores do sistema que tentava cometer fraudes,
269 sendo que a Agência já tinha mecanismos de apuração e punição das mesmas. Por isso,
270 resgatou a importância de se retomar o eixo central, que era a assistência à saúde dada
271 aos consumidores, e o aprofundamento de pontos conceituais, estabelecendo regras
272 concretas do que seria exatamente a cobertura parcial temporária, quando ela era cabível,
273 o que ela poderia restringir, se prevaleceria os 24 meses, pois, caso contrário, não haveria
274 evolução dos principais problemas vinculados à DLP, enquanto a operadora continuava
275 tendo de arcar com o ônus dessa prova. **O DR. BARROCA**, especificamente em resposta à
276 **Dra. Karina**, afirmou que a ANS estava normalizando o julgamento dos processos
277 administrativos de alegação de doença e lesão preexistente que já tramitavam, e estava
278 tentando essa demanda. Após, elucidou que a Agência fez a opção inicial de introduzir
279 normas gerais da declaração de saúde por ter um certo receio de que, sendo um modelo
280 único, engessasse o mercado, o que não comprometia a sua postura de caminhar no
281 sentido da padronização da mesma, uma expectativa de alguns segmentos. Manifestou-se
282 contente com as observações ali colocadas, das quais se depreendia que os ajustes
283 propostos pela Agência foram um avanço na regulamentação da DLP, cujos problemas
284 eram difíceis de serem solucionados devido aos posicionamentos contraditórios existentes
285 no setor, onde alguns preferiam excluir para sempre qualquer cobertura de DLP e outros
286 intentavam que essa fosse integral e imediata. Sustentou que agregar o CID, código
287 adotado pelo SUS que apontava uma hipótese diagnóstica e tinha a natureza de proteger o
288 paciente, serviria para orientar o consumidor e seria um instrumento imprescindível às
289 informações epidemiológicas para a saúde suplementar, não obstante a necessidade de
290 evitar abusos na publicidade das mesmas. Partindo do princípio de que o consumidor tinha
291 de declarar possuir uma doença preexistente desde que soubesse ser dela portador,
292 discordou que a declaração fosse o meio através do qual a operadora investigasse
293 indiretamente se havia tal doença, escondendo isso do usuário. Consciente de que, pelo
294 volume de informações, seria difícil conseguir um patamar onde tudo que fosse direito do
295 usuário estivesse explicitado em sua carteira de identificação, esclareceu que o objetivo de
296 inserir a cláusula de CPT foi o de alertá-lo da condição diferenciada do seu contrato, para
297 que se orientasse junto à ANS ou aos órgãos de defesa do consumidor daquilo que deveria
298 estar no mesmo, de forma que aqueles que não tivessem essa cláusula não fossem vítimas
299 da negativa de cobertura. Porém, admitiu a possibilidade de rever o prazo da RN para que
300 as rotinas operacionais fossem adaptadas, complementando que todas as sugestões de
301 aperfeiçoamento da sua redação, em particular as do artigo 5º, seriam levadas em conta.
302 **O DR. JANUARIO** referendou as palavras do **Dr. Barroca**, declarando que a Agência,
303 enquanto órgão regulador, não poderia partir de outra premissa, senão a da boa-fé dos
304 atores do setor, e sempre buscava aquilo que, coletivamente, servisse de insumo à
305 sociedade e à própria a ANS para aferir o aceitável, externando também sua satisfação ao
306 ver que alguns segmentos começavam a falar em aperfeiçoar o rol de procedimentos de
307 alta complexidade, um dos temas mais polêmicos e que sofreu fortes resistências, mas que
308 era indispensável existir para que se pudesse trabalhar com subsídios concretos, calcados
309 na realidade. Quanto as propostas da Agência vinculadas à DLP que foram ali discutidas, as
310 quais tinham o pressuposto de não alterar o conceito legal, constatou que foi dado um
311 passo positivo na regulação de suas decorrências, introduzindo os dispositivos gerais do
312 que poderia ser válido na declaração de saúde, que seria um instrumento institucional
313 ampliando a capacidade de ação coletiva sobre qualquer dos atores do sistema que não
314 agissem corretamente. Consignou que, pelas discussões acumuladas no processo, a
315 Agência achava que poderia ser uma perda importantíssima deixar de estabelecer aquela
316 regulamentação, que limitava um pouco a liberdade das operadoras e até poderia propiciar
317 maior competitividade do mercado, para discutir como seria a padronização, quantas
318 perguntas entrariam no formulário e com que amplitude, bem assim outros problemas

319 específicos das informações opcionais, discussões que poderiam e seriam reabertas, com
320 parâmetros mais claros que seriam deduzidos dessa primeira providência, para o que a
321 Agência estava reforçando sua estrutura a fim de dar agilidade às demandas dela
322 advindas, inclusive aos processos administrativos dessa natureza. Concluindo reafirmou
323 que, mesmo com as ponderações que foram levantadas, o caminho que se mostrava mais
324 centrado era o da possibilidade de que, com algum ajuste, aquelas normas fossem
325 editadas, enfatizando que a partir da sua implantação, a Agência estaria empenhando seus
326 esforços permanentes de acompanhar o seu desenvolvimento para que essa
327 regulamentação fosse aperfeiçoada, contando com o apoio dos órgãos de defesa do
328 consumidor e apostando na boa intenção de todos os atores de trabalhar corretamente.
329 Após, pediu ao **Dr. Luiz Arnaldo** para fazer um apanhado dos pontos básicos do
330 ressarcimento ao SUS. **O DR. LUIZ ARNALDO** disse que exporia de forma resumida dados
331 detalhados num conjunto de cinquenta e seis *slides*, que estaria sendo disponibilizado aos
332 membros daquele fórum até o próximo dia 06. Antes de entrar no ressarcimento ao SUS
333 propriamente dito, fez uma rápida abordagem sobre a sua base, ou seja, o Cadastro de
334 Beneficiários que identificava aqueles que possuíam plano privado de assistência à saúde.
335 Foi iniciado ainda no Ministério da Saúde e passou a ser gerenciado pela ANS que, na RDC
336 nº 3/2000, estabeleceu as suas regras. Ao longo do tempo, essas apontaram problemas de
337 deficiência no processo de coleta e tratamento dos dados, tendo levado à uma
338 reorganização interna de gestão do sistema desse Cadastro. Além disso, a partir de um
339 estudo feito, foi detectado que 97,6% dos beneficiários que se utilizaram de procedimentos
340 de alta complexidade, na sua maioria de hemodiálise, tinham planos antigos sem essa
341 cobertura, e apenas 2,4% estavam integralmente cobertos por terem contratos novos, o
342 que acelerou as medidas de alteração do cadastro. Para aperfeiçoar o cadastro, a Agência:
343 editou a RN nº 17/02, depois de ter sido objeto de consulta pública, que incorporou
344 campos obrigatórios destinados à identificação de beneficiários, novos critérios de
345 validação dos dados e qualificação dos mesmos incluindo os planos anteriores à lei, outros
346 dados opcionais para diminuir o número de impugnações por identificações indevidas, e
347 alguns necessários ao cálculo da taxa de saúde suplementar; e, iniciou a migração do
348 cadastro processado pelo DATASUS para a ANS, que assumiria, no final, toda a coleta,
349 processamento e crítica do Cadastro de Beneficiários, integrando-o ao Banco de Dados
350 Corporativo e ampliando a produção de informações na saúde suplementar. Comparando
351 os números de setembro/2000 com os de outubro/2002, houve o aumento de 1.660 para
352 1.944 operadoras que informaram o cadastro, elevando o número de beneficiários
353 cadastrados de 27.850.423 para 35.499.446, e a redução de 1.077 para 463 operadoras
354 que não enviavam o cadastro ou o enviavam de forma não adequada, para o que, só em
355 2002, 896 operadoras foram notificadas e 869 representadas. Acerca do ressarcimento, até
356 aquela data, a Agência aferiu 364 mil atendimentos feitos pelo SUS, havia cobrado 134 mil
357 ABI's, tinha 70 mil processos de impugnação em análise e 113 mil deferidos. A título de
358 registro, quando o processamento era descentralizado, foram apresentadas impugnações,
359 boa parte delas afetas à questão da carência, num total de 178 mil, das quais 67 mil foram
360 deferidas, 58 mil indeferidas, e o restante permanecia em análise. No que tange à TUNEP,
361 no ano passado foi instalada uma Câmara Técnica para discuti-la, a qual não conseguiu
362 elementos suficientes para fazer a sua revisão, o que evoluiu ao longo desse ano com
363 análises, estudos e requerimentos de informações enviados à diversas operadoras e
364 prestadores. Os seus trabalhos foram retomados e originaram a RN 15/02, que equiparou
365 a TUNEP à tabela do SUS, tanto em valores quanto em procedimentos ainda não previstos.
366 A estimativa de preços solicitada demonstrou que apenas em alguns procedimentos a
367 TUNEP estava com valores acima do mercado, quando a operadora poderia se valer,
368 conforme a legislação, do mecanismo de ingressar com recurso junto à Agência, que
369 poderia deferi-lo e conceder-lhe um desconto, recurso esse que nunca foi utilizado. O fluxo
370 da cobrança seguia os passos de emissão do boleto, de uma crítica atualização do que
371 havia sido pago, e de controle do crédito. Nessa fase, a operadora poderia parcelar o seu

débito, sendo que todo o montante resultado de pagamentos efetuados, inclusive de juros e multas, era repassado integralmente, e a operadora que ficasse inadimplente era inscrita no CADIN. Observando que para os processos oriundos dos gestores a Agência estava oficializando a cobrança com a possibilidade da operadora impugnar cada um dos casos, vez que alguns tiveram deficiência de informações, naquele momento, a cobrança do ressarcimento era de R\$ 179.088.749,00, dos quais: R\$ 32.038.682,00 foram devidamente recebidos e repassados ao Fundo Nacional de Saúde, gestores do SUS, prestadores públicos, privados e hospitais universitários; R\$ 41.487.919 ainda estavam no prazo de pagamento; R\$ 81.013.613,00 vencidos e não pagos estavam sendo objetos de inscrição no CADIN; R\$ 674.192,00 tiveram seu pagamento parcelado; R\$ 19.487.967,00 estavam suspensos por liminar; R\$ 2.619.392 eram decorrente de operadoras em liquidação extrajudicial e seriam cobrados no processo de falência; e, R\$1.766.984,00 devidos por 110 operadoras já inscritas no CADIN. Então, destacou que a importância do ressarcimento ao SUS não era apenas de recuperar os recursos financeiros gastos pelo SUS no atendimento a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, mas sim de promover mecanismos para que as operadoras assumissem integralmente a responsabilidade perante os mesmos e de proporcionar o diagnóstico sanitário para o planejamento da promoção e prevenção à saúde. Asseverando que a Agência cumpriria a meta desse ano do contrato de gestão de receber 40% do que foi cobrado e analisar 80% do que foi identificado e continuava aberta à sugestões, críticas ou aperfeiçoamentos de suas propostas, finalizou com os dois desafios que pretendia superar: diminuir o prazo do processamento trimestral do ressarcimento para mensal, que o sujeitava à sazonalidade, impactando na ANS e nas operadoras, e reduzir o prazo total de aproximadamente 14 meses entre a identificação do débito e a inscrição na dívida ativa. **O DR. JANUARIO** elogiou o trabalho que a DIDES estava fazendo, procurando acelerar a melhoria operacional e, principalmente, a amplitude dos dados do Cadastro de Beneficiários, conforme síntese feita pelo **Dr. Luiz Arnaldo**. Tomando como base o estudo que mostrou que 97% das incidências dos procedimentos de alta complexidade aconteciam com beneficiários de planos anteriores à lei e não eram atingidos pelo ressarcimento ao SUS, acentuou a magnitude de informações qualificadas que podiam confirmar a acertada vontade do legislador de incluir esses procedimentos e seriam de suma valia para a tomada de outras decisões. Em seguida, ainda que não fosse ponto de pauta daquela reunião, solicitou ao **Dr. Barroca** que pontuasse a proposta de aprimoramento da Revisão Técnica, encaminhada pela Internet aos membros daquele fórum e ali disponível em cópias impressas. **O DR. BARROCA** explicou sucintamente, pois o assunto já havia sido bastante discutido naquele fórum, os aspectos principais que alterariam a Revisão Técnica tratada na RDC 27/2000, fruto da conclusão da Câmara Técnica de Revisão Técnica finalizada em setembro, que foi coordenada pelo consultor Dr. Aloísio Teixeira, em conjunto com a Gerente Geral Econômico-Financeira dos Produtos da ANS, Dra. Mônica Nigri. Apenas como referência registrou que pelas informações do Cadastro de Beneficiários de agosto/02, do total aproximado de 34,6 milhões daqueles que possuíam plano privado de assistência à saúde, cerca de 20% eram contratados por pessoas físicas anteriormente à janeiro/99, parcela de planos que poderia ser objeto de Revisão Técnica. A proposta de alteração da RDC de Revisão Técnica tinha como escopo o reequilíbrio dos contratos firmados até 1º de janeiro de 1999, cujo reajuste anual estava sujeito à prévia autorização da ANS e era proibida a rescisão unilateral pela operadora dos mesmos. Esses contratos eram de pessoas físicas, incluindo os de autogestão não patrocinada, financiados com recursos exclusivos dos beneficiários, cujas carteiras não eram oxigenadas com a entrada de novos usuários, não abrangendo os contratos adaptados à Lei, onde havia oxigenação da carteira e o preço de venda poderia ser ajustado a qualquer tempo, não podendo serem comercializados abaixo do limite determinado em Nota Técnica Atuarial. O caráter preventivo da norma foi reforçado ao ser dispensada a constatação de ameaça à solvência e liquidez da operadora, diminuindo o desgaste na relação com seus prestadores e

425 preservando a prestação continuada dos serviços de assistência à saúde. Os desequilíbrios
426 a serem corrigidos eram aqueles que afetassem a carteira do plano em análise ou de uma
427 parte que pudesse impactar na totalidade de sua operação. Para a correção desse
428 desequilíbrio, era vedada qualquer alternativa com alteração da abrangência de cobertura
429 e o valor da contraprestação pecuniária seria ajustado no percentual autorizado. A
430 operadora deveria obrigatoriamente oferecer, no mínimo, duas opções como alternativa ao
431 ajuste, sendo uma sem variação da contraprestação pecuniária e outra conjugando
432 alteração nas condições do contrato com o reposicionando da prestação, como
433 remodelagem da rede, introdução de franquia ou co-participação, etc. Nos casos em que o
434 desequilíbrio fosse decorrente de insuficiência de natureza gerencial, a correção não
435 observaria a parcela de desequilíbrio resultante desse fator e a operadora deveria assinar o
436 Termo de Compromisso para a implantação do Programa de Reestruturação Gerencial, que
437 poderia incluir a recomendação de renegociação dos contratos coletivos, estabelecendo
438 metas quali-quantitativas, prazos para sua realização e consequências do seu
439 descumprimento, lembrando que isso estaria num Termo de Compromisso, não de ajuste
440 de conduta, o qual passava a ser acompanhado pela Agência por relatórios periódicos de
441 gestão, de desempenho econômico-financeiro da carteira, da rede de serviços para que
442 não houvesse prejuízo no atendimento, dos mecanismos de regulação que vinha se
443 utilizando, dentre outros. Por fim, confirmou que as alterações da Revisão Técnica, com o
444 efetivo monitoramento pela Agência e os avanços relativos à gestão, atingiram o objetivo
445 de buscar um melhor equilíbrio para que as carteiras de planos antigos não fossem
446 subsidiadas por uma sobretaxação dos novos, que puniria o consumidor que estivesse
447 ingressando. **O DR. JANUARIO** exaltou as conclusões da Câmara Técnica de Revisão
448 Técnica apresentadas pelo **Dr. Barroca** e insistiu que os membros da Câmara de Saúde
449 Suplementar fizessem o esforço de emitir seus pareceres acerca da diretriz de
450 aperfeiçoamento desse relevante tema, favorecendo a evolução do processo. Na sequência,
451 comunicou que encontrava-se em fase de teste uma mudança de formato e tecnologia da
452 página da Agência na Internet, www.ans.gov.br, a qual estava aberta à sugestões e
453 críticas, e que pretendia marcar essa mudança oferecendo aos usuários do sistema, a
454 partir de dezembro, mais um instrumento para suas avaliações, que seria o “*Ranking* das
455 Operadoras” por reclamações com indícios de irregularidades, cujos conceitos o **Dr. Luiz**
456 **Arnaldo** explicitaria. **O DR. LUIZ ARNALDO** revelou que havia algum tempo que se
457 discutia na Agência uma maneira de proporcionar ao consumidor um tipo de comparação
458 entre as diversas operadoras e os serviços que ofereciam, narrando o que foi desenvolvido.
459 As fontes de dados eram o Disque-ANS, o Cadastro de Beneficiário e o Cadastro de
460 Operadoras, e foram definidos os seguintes conceitos: 1. Ligações com Indícios de
461 Irregularidades- “R” - aquelas recebidas pelo *Disque ANS* que requeriam apuração pelas
462 unidades de fiscalização da ANS em processo administrativo, iniciado com auto de infração
463 e que tramitava até o seu julgamento, podendo culminar em multa; 2. Número de
464 Beneficiários – “B” - a quantidade de beneficiários ativos informados mensalmente pelas
465 operadoras à ANS; 3. Operadoras - as operadoras registradas na Agência e aptas a
466 comercializarem planos de saúde; 4. Índice de Reclamações - a quantidade de ligações ao
467 Disque-ANS com indício de irregularidade para cada 10.000 beneficiários ativos existentes
468 na operadora e registrados no Cadastro de Beneficiários, em um determinado mês/ano, ou
469 seja, a razão entre “R” e “B” multiplicada por 10.000. As operadoras foram classificadas
470 em três grupos de acordo com o porte das mesmas: de 1 a 10.000 beneficiários, de 10.001
471 a 50.000 beneficiários, e acima de 50.000 beneficiários. Concluiu dizendo que o ranking
472 seria atualizado mensalmente e divulgado, a partir de dezembro, ao público em geral no
473 *site* da ANS, onde era possível obter, além das explicações quanto à metodologia desse
474 instrumento, uma vasta gama de informações sobre as operadoras dentro do ranking,
475 principalmente as posições que nele ocupavam no mês anterior e no mês em curso. **O DR.**
476 **JANUARIO** assinalando que o índice de reclamações permitia a comparação entre
477 operadoras de qualquer porte e os grupos entre operadoras de portes aproximados,

478 ensejou que o ranking servisse para que o usuário tivesse a exata noção do
479 posicionamento das operadoras e também incentivasse uma competição saudável entre
480 elas. Conforme os dados fossem se tornando indicadores, a exemplo de alguns oriundos
481 dos processos de fiscalização, evidenciou que o mais importante era o propósito da Agência
482 de dispor esses indicadores à sociedade, que seriam valiosos parâmetros ao setor de saúde
483 suplementar. Salientou que a Agência, mesmo no momento conjuntural vivido no País
484 comentado no início daquela reunião, estava em plena atividade e desenvolvendo suas
485 ações, para levar a cabo as metas estabelecidas pelo seu Contrato de Gestão. Por último,
486 dado ao tempo que aquele fórum não se reunia, desculpou-se pelo volume excessivo de
487 temas tratados na reunião, motivo pelo qual os Diretores permaneceriam ali para dirimir
488 eventuais dúvidas, informando que ao longo das próximas duas semanas estaria circulando
489 uma proposta de calendário das reuniões de 2003, e, agradecendo a presença e a
490 participação de todos, encerrou a 29ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

491
492 Agência Nacional de Saúde Suplementar
493
494 Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde
495
496 Associação Médica Brasileira
497
498 Autogestão
499
500 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
501
502 Confederação Nacional do Comércio
503
504 Confederação Nacional da Indústria
505
506 Conselho Federal de Medicina
507
508 Conselho Federal de Odontologia
509
510 Cooperativas de Serviços Médicos
511
512 Cooperativas de Serviços Odontológicos
513
514 Empresas de Medicina de Grupo
515
516 Empresas de Odontologia de Grupo
517
518 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais
519
520 Federação Brasileira de Hospitais
521
522 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
523
524 Fundação Procon- São Paulo
525
526 Fundação Procon- São Paulo
527
528 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC