

1 Às dez horas do dia dezanove de dezembro de dois mil e dois, no Hotel Bonaparte, situado
2 no Setor Hoteleiro Sul, Quadra 02, Bloco "J", na cidade de Brasília-DF, foi realizada a
3 trigésima reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.656, de 03 de
4 junho de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo, nos termos
5 do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000,
6 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, Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**- Diretora de Normas e
9 Habilitação das Operadoras e Dr. **Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**- Diretor de
10 Desenvolvimento Setorial. Compareceram os seguintes representantes: Dr. **Pedro Pablo**
11 **Magalhães Chacel** do Conselho Federal de Medicina-CFM; Dr. **Luis Plínio Moraes de**
12 **Toledo** da Federação Brasileira de Hospitais-FBH; Dr. **José Francisco Schiavon** da
13 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços- CNS; Dr. **José**
14 **Luiz Spigolon** Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
15 Filantrópicas-CMB; Dr. **Vitor Gomes Pinto** da Confederação Nacional da Indústria-CNI;
16 Drs. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e **Adriano Matheis Londres** da Confederação
17 Nacional do Comércio-CNC; Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira** da Central Única
18 dos Trabalhadores-CUT; Dr. **Marcus Antônio Costa** da Social Democracia Sindical-SDS;
19 Drs. **Lucia Helena Magalhães Lopes da Silva** e **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**
20 da Fundação Procon de São Paulo; Dra. **Josefa Renê dos Santos Patriota** da Associação
21 de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde-ADUSEPS; Dr. **José**
22 **Antônio Diniz de Oliveira** do CIEFAS, pelo segmento de autogestão; Dr. **Reinaldo**
23 **Camargo Scheibe** do SINAMGE, pelas empresas de medicina de grupo; Dr. **José Claudio**
24 **Ribeiro Oliveira** da UNIMED, pelas cooperativas de serviços médicos; Drs. **Luiz**
25 **Francisco Gianini** e **Egberto Miranda Silva Neto** da UNIODONTO, pelas cooperativas de
26 serviços odontológicos; Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli** das entidades de
27 portadores de deficiência e de patologias especiais; Dr. **Pedro Antonio Fazio** da
28 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização-FENASEG; e Dr.
29 **Samir Dahas Bittar** da Associação Médica Brasileira-AMB. Participaram como convidados:
30 Drs. **Celso Barbosa de Almeida** e **Christiane Maranhão de Oliveira Barbosa** do
31 Ministério da Fazenda, Drs. **Danilo Valter Bernik** e **José Carlos Abrahão** da CNS, e Drs.
32 **Luiz Cláudio Fernandes Lourenço Gomes**, **Ana Lúcia Martins Pereira Kurtz**, **Maria**
33 **Teresa Costa Correia da Silva** e **Dagmar de Oliveira** da ANS. Foram registradas as
34 comunicações de ausência apresentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem-COFEN e
35 pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC, e anunciada a formalização da
36 Dra. Elisa Silva Ribeiro Baptista de Oliveira, como titular e Dra. Amanda Flávio de Oliveira,
37 como suplente do Ministério da Justiça, Portaria nº 531/02. Os participantes receberam a
38 minuta da ata da 29ª reunião, a pauta da 30ª, o material que havia sido enviado aos
39 membros da Câmara durante esse período, o Relatório de Gestão-2000/2002 da Agência e
40 cartazes da campanha de inscrição do recém nascido. A pauta estava composta por: 1.
41 deliberação da ata da 29ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; 2. apreciação do
42 calendário de reuniões da Câmara de Saúde Suplementar para 2003; 3. Balanço das
43 Atividades de 2002. O DR. **JANUARIO** iniciou a reunião agradecendo a presença de todos
44 e justificando a ausência dos Diretores da ANS- Dr. João Luis Barroca de Andréa por
45 motivo de saúde e Dra. Maria Stella Gregori por estar em seu período de férias. Na
46 sequência, submeteu à apreciação a minuta da ata da 29ª Reunião da Câmara de Saúde
47 Suplementar, na qual foi corrigido o registro relativo ao Dr. Sérgio Werneck como
48 representante do Procon de São Paulo e foram feitos os ajustes pedidos pela Dra. Karina
49 do IDEC, Dr. Pedro Pablo do CFM e Dra. Renê da ADUSEPS, após o que a referida minuta
50 foi aprovada por unanimidade, sendo disponibilizada para as devidas assinaturas. Em
51 seguida, informou que a Agência havia divulgado aos componentes da Câmara de Saúde
52 Suplementar uma proposta de calendário para as reuniões do ano de 2003, com o
53 propósito de fixar antecipadamente tais datas e permitir que todos pudessem programar

54 suas agendas. Expôs que, seguindo a rotina adotada desde de 2001, foram distribuídas 10
55 reuniões ao longo do ano, excetuando os meses de janeiro e julho, que ocorreriam na
56 última quinta-feira de cada mês, salvo em fevereiro e dezembro por causa da existência de
57 feriados. Frente ao que sugeriu o **Dr. Egberto** de antecipar em uma semana a
58 programação de fevereiro e março, passou às manifestações, insistindo na data prevista
59 para março a fim de se preservar a regularidade. **O DR. JOSÉ CLAUDIO** apoiou a
60 sugestão do **Dr. Egberto** de antecipar a reunião de fevereiro, possibilitando dirimir dúvidas
61 que pudessem causar eventuais prejuízos às operadoras, oriundas de várias resoluções
62 recém editadas e que ainda não tinham todas as suas regras detalhadas pela ANS, como a
63 do cartão de desconto que estabelecia prazo a partir de 15 de janeiro. Solicitou que as
64 reuniões cujas pautas tivessem temas mais extensos e polêmicos fossem previamente
65 programadas com tempo suficiente para que o debate fosse aprofundado e, se necessário,
66 adentrassem no período da tarde. **A DRA. LUCIA HELENA** considerou que antecipar o
67 calendário de fevereiro só faria sentido se antes disso a Agência encaminhasse aos
68 membros daquele fórum algum material novo, e aventou a hipótese das reuniões da
69 Câmara de Saúde Suplementar serem realizadas no Rio de Janeiro, onde havia maior
70 flexibilidade de acesso. **O DR. ERIVALDER** disse que, pessoalmente, o Rio de Janeiro seria
71 mais acessível, porém, levando em conta que Brasília era mais central para todas as
72 regiões do País, avaliou ser melhor que as reuniões permanecessem nessa cidade. **O DR.**
73 **SAMIR** opinou pela manutenção do calendário proposto pela Agência para as reuniões da
74 Câmara de Saúde Suplementar e que essas continuassem acontecendo em Brasília, onde a
75 AMB tinha de resolver compromissos inerentes à sua entidade e, por isso, tentava otimizar
76 o custo do deslocamento de seus representantes. **A DRA. NEIDE** achou que seria
77 estratégico que as reuniões da Câmara de Saúde Suplementar fossem feitas no Rio de
78 Janeiro, porque lá estava a sede da Agência e os integrantes daquele seu conselho
79 consultivo teriam um contato mais direto com todos os que compunham a sua estrutura
80 operacional, o que seria extremamente produtivo. **A DRA. RENÊ** propôs que as reuniões
81 daquele fórum fossem intercaladas entre Brasília e Rio de Janeiro, de modo que seus
82 participantes conhecessem também a sede da ANS, e, para viabilizar a participação de
83 alguns que moravam longe, propôs ainda que essas reuniões fossem marcadas para às
84 onze horas, permitindo que se deslocassem no mesmo dia, ou que a Agência arcasse com
85 as despesas de hospedagem nas oportunidades que tivessem de se deslocar no dia
86 anterior. **O DR. PEDRO FAZIO** temendo que qualquer mudança na proposta de calendário
87 viesse a ocasionar algum esvaziamento das reuniões, destacou que o importante era
88 garantir a regularidade das mesmas e que todos pudessem delas participar, quer elas
89 fossem no Rio de Janeiro, em Brasília ou até em São Paulo. Dada a excelente experiência
90 de 2002, julgou primordial que, em 2003, se trabalhasse baseado numa agenda de
91 assuntos prioritários, contemplando os que estivessem pendentes, proporcionando o prévio
92 conhecimento das pautas e evitando surpresas. **O DR. SCHIAVON**, com o propósito de
93 que no próximo ano se priorizasse os temas não concluídos em 2002, dentre eles o da
94 contratualização, cuja câmara técnica deveria chegar ao final das suas atividades
95 esgotando as duas outras etapas previstas, reivindicou que o mesmo fosse incluído na
96 pauta da primeira reunião de 2003, pois para o seu segmento era crucial que o
97 relacionamento dos prestadores com as operadoras e com a própria Agência conquistasse
98 um salto de qualidade. **O DR. JANUARIO**, diante do que havia sido ali colocado, deu por
99 aprovada a proposta de calendário sem alterações, mantendo o dia 20 de fevereiro que
100 teve maior consenso. Quanto ao local das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar,
101 explicou que a Agência enfrentava um grande debate por estar sediada no Rio de Janeiro
102 e, sem nenhuma questão de princípio envolvida nessa postura, pressupunha ser adequado
103 que esse seu conselho consultivo permanente fixasse Brasília como referência para suas
104 reuniões, onde muitos dos seus integrantes participavam de outras atividades, entretanto
105 encaminhou no sentido de amadurecer, ao longo do tempo, a idéia de promover uma ou
106 duas reuniões no Rio de Janeiro, agregando a vantagem de que todos pudessem visitar as

107 instalações da ANS. Aliado a isso, pelo fato de ter percebido que daquele pleito estava
108 sendo encarado mais pelo lado estratégico do que operacional, visando ampliar o contato
109 dos membros dessa Câmara com a Agência, complementou que, juntamente com os outros
110 dois Diretores presentes, submeteria à Diretoria Colegiada a discussão de mecanismos
111 para viabilizar essa aproximação, com a possibilidade de patrocinar mais frequentemente o
112 deslocamento dos representantes daquelas entidades que tinham recursos escassos, na
113 linha do que era adotado para as reuniões da Câmara de Saúde Suplementar e Câmaras
114 Técnicas, esclarecendo à **Dra. Renê** que esse patrocínio poderia até ter algum tipo de
115 ajuste, mas, com certeza, não seria extensivo à todas as representações do setor.
116 Continuando, em nome da historicidade do processo, resgatou que o calendário de 2002
117 pautou-se numa agenda de temas advindos do debate ocorrido no final de 2001 em torno
118 das Medidas Provisórias 43 e 44- a última editada, quando a Agência assumiu o
119 compromisso de não fazer alterações no marco legal, o que cumpriu na íntegra. Constatou
120 que essa agenda preestabelecida havia contribuído para o aprofundamento de várias
121 matérias, algumas inclusive em câmaras técnicas, e, portanto, concordou ser positivo
122 programar as atividades gerais para 2003, solicitando que os membros daquele fórum
123 enviassem as suas sugestões até as duas primeiras semanas de janeiro, enquanto a
124 Agência se empenharia em preparar as suas, de maneira que na reunião de fevereiro fosse
125 fechado pelo menos os eixos básicos do ano. Após, apresentou o balanço das ações da
126 Agência durante o ano de 2002, recuperando que, no final de 2001, o seu entendimento já
127 era o de que o arcabouço de aplicação da legislação estava basicamente completo e que, a
128 partir daí, seu desafio seria buscar o permanente aperfeiçoamento dos instrumentos
129 regulatórios e da efetividade da sua atuação. A rigor, apenas três pontos inéditos foram
130 normatizados: a extensão da Lei aos cartões de desconto, as exigências para o exercício do
131 cargo de administrador das operadoras e para o material de publicidade das mesmas.
132 Daquilo que estava regulamentado, aprimorou-se os itens abaixo discriminados. Nas
133 coberturas assistenciais e condições de acesso: o rol de procedimentos odontológicos, a
134 declaração de saúde do consumidor e o sistema de Garantias e Provisões Técnicas. No
135 ingresso, operação e saída das operadoras: o Plano de Contas Padrão, as informações
136 econômico-financeiras das seguradoras e o Cadastro de Beneficiários. No controle de
137 preços: a Revisão Técnica, a autorização e monitoramento dos reajustes de planos
138 individuais e familiares, o monitoramento dos reajustes dos planos coletivos e dos
139 reajustes por faixa etária nos planos antigos. Na cobrança de débitos: a avocação dos
140 processos de ressarcimento ao SUS dos gestores estaduais e municipais para a Agência,
141 dando maior rapidez na análise dos recursos, assim como a melhoria das normas e do
142 sistema operacional de cobrança de débitos, inserindo a possibilidade de parcelamento dos
143 mesmos. Na comunicação e informação foram implantados: o "Ranking das Operadoras"
144 utilizando o índice de reclamações, métodos que reforçaram a segurança das informações
145 sobre a saúde do consumidor e uma modernização no site da Agência com novos
146 mecanismos de navegação. Ainda nessa área, destacava-se a enorme quantidade de
147 seminários e treinamentos dos quais a Agência participou junto ao mercado, divulgando o
148 DIOPS, o SIP, etc., além das publicações editadas e da campanha institucional ampliando a
149 visibilidade do papel do órgão regulador aos consumidores. A Câmara Técnica de
150 Contratualização encerrou a primeira fase, conforme lhe foi definido, de discussão das
151 diretrizes de pactuação entre operadoras e prestadores hospitalares, cuja minuta de
152 resolução entraria na pauta logo nas primeiras reuniões da Câmara de Saúde Suplementar
153 em 2003, e os trabalhos dessa câmara técnica passariam para as duas outras fases de
154 discussão - de prestadores de apoio diagnóstico e dos profissionais médicos e odontólogos.
155 Alguns dos indicadores de resultados mostravam que 1.584 operadoras recolheram a Taxa
156 de Saúde Suplementar e que 1.634 atenderam ao DIOPS contra 1.593 em 2001,
157 diminuindo de 975 para 703 as que não atenderam, excetuadas as autogestões
158 patrocinadas que não eram obrigadas a fornecê-lo. Dados extraídos do Cadastro de
159 Beneficiários da Agência revelaram que: a participação de beneficiários em planos novos foi

160 de 30,1% para 34,6% e o expressivo percentual de 65,4% ainda em planos antigos
161 sinalizava um problema na regulamentação; houve uma preocupante redução dos
162 beneficiários de planos individuais de 33,7% para 29,8%; a grande opção do usuário
163 sempre era pelo plano mais integral, fazendo com que o hospitalar e o ambulatorial
164 somados ao referência ultrapassassem 80% do total dos planos. Na órbita da fiscalização, a
165 Agência atingiu: 8.380 diligências denotando o ganho de efetividade, 4.533 processos,
166 1.224 autuações e 524 multas publicadas. O Disque ANS, com seu foco no atendimento ao
167 usuário, recebeu 61.647 ligações, uma média mensal de 5.604, das quais 91% foram
168 respondidas e o restante estava em apuração, sendo que do total acima 9,7% foram
169 reclamações e 90,3% solicitações de informações. As reclamações da rede prestadora
170 saltaram de 15,5% para 24,4%, enquanto que as de reajustes de mensalidade diminuíram
171 de 39,9% para 28,7%, e esse último indicador referendava a correta visão da Agência no
172 processo regulatório dos preços, com todo o arcabouço de controle nos planos individuais e
173 de monitoramento nos coletivos, o que, por outro lado, acirrou o relacionamento entre as
174 operadoras e os seus prestadores. A central de atendimento às operadoras, outro valioso
175 serviço da Agência, através de chamadas telefônicas, e-mails, etc., foi acionada 19.254
176 vezes respondendo a essas chamadas, na média, em um dia e meio, contra 12.700 e o
177 tempo de três dias para resposta em 2001, indicando maior capacidade de atuação da
178 Agência. Alguns dados do ressarcimento ao SUS, boaparte exposta na reunião passada
179 pelo **Dr. Luiz Arnaldo**, mostraram o aumento de 13.425 para 36 milhões de reais
180 arrecadados e devidamente repassados, porém mostraram também que permanecia a
181 dificuldade de se receber os quase 180 milhões de reais formalmente cobrados, o que
182 resultava na necessidade de aperfeiçoar essas regras porque a Agência já estava usando
183 todos os instrumentos que tinha à sua disposição, inclusive inscrição em CADIN e dívida
184 ativa. Outro dado relevante era o do cadastro de beneficiários que em dezembro de 2000
185 fechou com 28 milhões e em novembro de 2002 estava com 35,5 milhões. O total de
186 operadoras nos últimos três anos foi, respectivamente, de: 2.723, 2.708 e 2.406 das com
187 registros ativos; 1.717, 1.839 e 1.956 das que informaram à ANS todos os dados; e 1.006,
188 869 e 450 das que nunca informaram nada. A maior parte do ingresso de operadoras no
189 setor aconteceu no ano de 1998 com 1.561 registros, reduzindo a partir daí, sendo que em
190 2002 houve o ingresso de 16 novas operadoras. Quanto a expansão do número de
191 usuários cadastrados, houve uma mudança de *status* em alguns estados que refletiam a
192 porcentagem da população coberta por planos privados de assistência à saúde em relação
193 à população total dos estados, como por exemplo: em 2001, apenas o Estado de São Paulo
194 tinha uma cobertura a partir de 30% que, em 2002, o Rio de Janeiro e o Distrito Federal
195 também alcançaram; de 2001 para 2002, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rio Grande
196 do Norte migraram da categoria de até 10% para a de até 15% de população coberta. Por
197 classificação, em 2001 e 2002, a quantidade de operadoras que complementaram o
198 registro provisório, a informação de beneficiários e o recolhimento da taxa de saúde
199 suplementar foi: autogestão- 44,3% e 55,3%, cooperativas médicas- 28% e 28,4%,
200 cooperativas odontológicas- 63% e 66,9%, filantropia- 78,6% e 72,7%, medicina de
201 grupo- 44,4% e 39%, odontologia de grupo- 39,8% e 38%, seguradoras especializadas em
202 saúde- 32,6% e 92,3%. Solicitaram reajustes, nem sempre autorizados: autogestão-
203 23,8% e 29,3%, cooperativas médicas- 46,1% e 60,2%, cooperativas odontológicas- 5,8%
204 e 10,1%, filantropia- 44,7% e 74,2%, medicina de grupo- 35,9 e 45,2%, odontologia de
205 grupo- 3% e 5,2%, seguradoras especializadas em saúde- 53,8% e 100%. O volume das
206 que informaram o reajuste de planos coletivos foi: autogestão- 2,1% e 12,6%,
207 cooperativas médicas- 14,8% e 37%, cooperativas odontológicas- 2,1% e 14,9%,
208 filantropia- 8,9% e 30,6%, medicina de grupo- 6,3% e 25,7%, odontologia de grupo- 2% e
209 7,6%, seguradoras especializadas em saúde- 30,2% e 100%. No tocante ao SIP,
210 implantado em 2002 e inédito na coleta de informações assistenciais, o número de
211 operadoras que o informaram versus o total das que possuíam registro ativo foi de: em
212 março-1.576/2.647, em junho-1.558/2.548 e em setembro-1.436/2.433. O resultado dos

213 planos de recuperação foi de: 112 planos apresentados, 6 reprovados, 46 em análise, e 60
214 aprovados, nos quais a Agência tinha obrigado os controladores dessas operadoras a
215 fazerem um aporte de recursos para o seu reequilíbrio econômico-financeiro perto de 230
216 milhões de reais, sendo que 163 milhões já tinham sido integralizados e outros 65 milhões
217 seriam em 2003. Em 2002, a quantidade de operadoras que tiveram regimes especiais foi
218 de: direção fiscal-72, direção técnica-01, liquidação extrajudicial-05, liquidações
219 extrajudiciais transformadas em falências-04, regimes especiais levantados-31,
220 destacando-se que um fator positivo que raramente acontecia era o de uma direção fiscal
221 não terminar em uma liquidação da operadora. O número de representações decorrentes
222 dos atos de cada uma das diretorias que culminaram em punição legal foi de: pela DIOPE –
223 200, pela DIDES 869 e DIPRO- 1.406. Assim, encerrou o balanço que teve o intuito de dar
224 um panorama geral das informações existentes na Agência, disponíveis dentro do possível
225 no seu *site*, que, embora já fornecessem alguns indicadores importantes para o mercado e
226 as ações da Agência, compunham um cadastro mais abrangente que ainda estava sendo
227 construído e seriam ajustadas e aproximadas cada vez mais da realidade do setor de saúde
228 suplementar, em função do que atentou para que todas aquelas informações fossem
229 sempre lidas com bastante cuidado e cautela. Ressaltou que as perspectivas traçadas ao
230 final de 2001 para 2002 superaram as circunstâncias de um ano eleitoral e atípico e
231 haviam sido concretizadas, enfatizando que a série histórica dos dados confirmava a
232 evolução progressiva do processo regulatório e, ainda que diversas decisões da Agência
233 não atendessem à cada uma das partes interessadas, naquele ano havia conseguido fazer
234 com que todas as suas resoluções fossem objeto de ampla consulta e fruto de muita
235 discussão. Logo em seguida, assegurou que a agenda de 2003 incluiria a continuidade do
236 que estivesse sendo analisado, englobando a questão da contratualização, e passou a
237 pontuar temas que teriam de ser encarados como desafios, que, devido a sua relevância e
238 abrangência, mereciam uma atenção especial de todos para que, urgentemente, fossem
239 encontradas alternativas de enfrentá-los e superá-los. Primeiro, de desenvolver
240 instrumentos que permitissem aos usuários a mobilidade dentro de planos individuais.
241 Segundo, de criar meios institucionais para a ampliação do resseguro no setor. Terceiro, de
242 acelerar a migração para planos novos dos milhões de usuários de planos antigos, o que
243 continuava irresolúvel na órbita de regulação da Agência, afetando a maioria dos
244 beneficiários dos planos privados de saúde, população essa que era a grande prejudicada
245 por dois dos mais graves problemas ainda presenciados, o da doença e lesão preexistente
246 e o do reajuste por faixa etária. Quarto, pela necessidade de expansão constante da base
247 de usuários do sistema de saúde suplementar, estimular as contratações de planos
248 coletivos por micro, pequenas e médias empresas e aproximar da regulação o comprador
249 coletivo, repensando o formato que era dado às representações que compunham aquela
250 Câmara, sem o intuito de mudar a sua composição mas de retomar o que havia sido
251 concebido para a mesma na sua origem, ou seja, que o comprador de plano empresarial
252 fosse representado pela Confederação Nacional da Indústria e Confederação Nacional do
253 Comércio e o usuário pelas entidades sindicais, pois o consumidor coletivo, o maior do
254 sistema, podia estar sendo prejudicado porque suas entidades estavam voltadas à defesa
255 do individual. Quinto, para que a assistência à saúde fosse completa teria de se agregar,
256 gradativamente, a assistência farmacêutica no setor suplementar, motivo que levou a
257 Agência a elaborar uma minuta de projeto de lei a ser discutida, a qual, com a finalidade
258 de ampliar o acesso a medicamentos dos trabalhadores, instituía o Programa Nacional de
259 Medicamento ao Trabalhador-PMT, dava incentivo às empresas que a ele aderissem e
260 regulamentava o Plano de Benefício Farmacêutico, bem como a Operadora de Plano de
261 Benefício Farmacêutico que poderia comercializá-lo com o de assistência à saúde sem que
262 fosse um dos seus componentes. O último desafio, uma grande preocupação da Agência,
263 era o da garantia de continuidade de atendimento quando da liquidação de operadoras,
264 estágio em que o seu desequilíbrio econômico-financeiro havia chegado ao extremo. Nessa
265 etapa, não obstante tivesse regulamentado a alienação, não achava no mercado

266 interessados em absorver aquela carteira, com a manutenção dos direitos dos usuários
267 pactuados em contrato, uma exigência da lei que a Agência tinha de fazer cumprir, no
268 entanto, toda vez que se defrontava com esse problema, sofria a justa pressão da
269 sociedade, sem ter nenhum amparo legal para resolvê-lo. Para ilustrar essa situação, havia
270 um caso em andamento de uma operadora chamada CODEB, cuja média das mensalidades
271 de 5 mil usuários em Macapá era de R\$ 30,00, e, a despeito dos esforços que foram e
272 estavam sendo empreendidos, inclusive com o deslocamento até a sede da empresa da
273 **Dra. Solange** e do **Dr. Barroca**, e as suas equipes, ninguém ainda havia se habilitado a
274 assumir essa carteira. Na tentativa de equacionar tal questão, a Agência elaborou uma
275 outra minuta de projeto de lei também a ser discutida, criando um Fundo Garantidor de
276 Beneficiários de Planos de Saúde Suplementar-FGBPS, para viabilizar, na hipótese de
277 liquidação, que o usuário fosse absorvido por uma outra operadora mediante um processo
278 formal e público. Durante um ano esse usuário teria o atendimento do seu contrato
279 original, pagando mesmo valor de mensalidade, e a operadora que o absorvesse teria a
280 garantia de se ressarcir dos prejuízos operacionais que tivesse com a assistência a esse
281 usuário. Nesse período, ele renegociaria o seu contrato com a operadora que o absorveu
282 ou procuraria outra saída no mercado para o seu atendimento. O fundo seria gerido
283 financeiramente por uma empresa pública equivalente ao BNDES, a título de exemplo, e
284 teria um Conselho Gestor presidido pelo Ministério da Saúde, que aprovaria a aplicação de
285 recurso apurada caso a caso pela Agência. Esses recursos viriam do produto da
286 arrecadação das multas resultantes da fiscalização da ANS, acrescido dos seus saldos
287 financeiros, sem qualquer subsídio público, além de uma contribuição de todos os usuários
288 de planos pelo período de sete anos no valor de 1% da mensalidade do mês de junho de
289 cada ano, sendo que foi projetada uma capitalização em torno de 150 a 170 milhões de
290 reais ao final de cinco a sete anos. Para concluir, explicou que o projeto foi a maneira de
291 tornar o fundo constitucionalmente viável e de ser um primeiro mote a fim de incitar o
292 debate transparente dessa questão, deixando claro que o mesmo era garantidor do
293 usuário, não da ANS e muito menos das operadoras. **O DR. SCHIAVON**, com a
294 expectativa de que no final de 2003 a situação dos prestadores, sem nenhum reajuste nos
295 últimos três anos, estivesse melhor e os percentuais que lhes fossem concedidos pelas
296 operadoras pudessem ser divulgados, cumprimentou os componentes da Câmara de Saúde
297 Suplementar e da Diretoria da Agência pelo trabalho desenvolvido, que resultou numa
298 fantástica base de dados já à disposição de todos. Apontou que o relatório apresentado
299 pela Agência, não desmerecendo a sua excelente qualidade, tinha a lacuna, por ele
300 denunciada há dois anos, da falta de mapeamento dos prestadores em todo o Brasil e dos
301 serviços ofertados aos seus usuários, tais como a quantidade de leitos, tipos de
302 equipamentos, profissionais e suas especialidades, etc., a qual teria de ser suprida para
303 que se conhecesse onde estavam as falhas da assistência e planejar novos investimentos.
304 **O DR. SAMIR**, à medida que ao se refletir sobre um período de trabalho, naturalmente se
305 fazia uma análise dos seus aspectos fortes e fracos, lembrou os termos da importante
306 propaganda que a ANS veiculou na mídia: "*A busca do equilíbrio é o nosso trabalho*" e o
307 seu papel de "*promover o equilíbrio nas relações entre operadoras, prestadores de serviços*
308 *e consumidores, construindo, com a parceria da sociedade, um mercado sólido e*
309 *socialmente justo.*" Nesse sentido, consignou que era perceptível o empenho da Agência
310 procurando alcançar esse equilíbrio e avançando continuamente, como havia demonstrado
311 na questão dos cartões de desconto, quando foi sensível à prioridade dos mesmos e teve
312 uma atuação rápida e eficaz. Exaltou a relevância da instalação das Câmaras Técnicas de
313 Contratualização e de Assuntos Médicos, todavia frisou que a classe médica do Brasil
314 esperava que fosse agilizado o término dos seus trabalhos, dando um norte
315 particularmente para a questão da relação operadoras x médicos e da revisão do rol de
316 procedimentos de cobertura obrigatória, que ampliaria o espectro da assistência aos seus
317 pacientes. No tocante à política de reajustes, enalteceu a atitude da Agência de concretizar
318 um passo inicial ao abrir a possibilidade de autorizar reajustes diferenciados para as

319 operadoras que aumentassem em 20% as consultas médicas, atitude essa à qual,
320 lamentavelmente, nem 30% das operadoras haviam aderido e que, embora louvável,
321 contemplava apenas um procedimento, sendo um pouco incipiente para que se resolvesse
322 toda a problemática de reajustes. Certo de que o desnível existente naquela relação
323 precisava ser diminuído, pois caso contrário, a asfixia vivida pelos médicos e reconhecida
324 por vários segmentos poderia gerar seqüelas inconvenientes, apelou para que a Agência
325 não deixasse de persistir na busca do equilíbrio e garantisse à sociedade um sistema mais
326 equânime e justo. Finalizando, em nome da AMB, desejou a todos os integrantes daquela
327 Câmara um Natal com muita paz e benção de Deus e um 2003 repleto de saúde e
328 conquistas. **A DRA. NEIDE** elogiou o relatório da Agência e a sua postura de admitir que a
329 questão da preexistência não estava resolvida, entretanto registrou que ela teria de agir
330 com pulso firme, maior efetividade e determinar essas regras, conforme havia feito com
331 outras questões que não ganharam consenso naquela Câmara. Recuperou, mais uma vez,
332 que o debate da Lei iniciou com um projeto que previa só o artigo proibindo a
333 discriminação de qualquer doença, o que não tinha prosperado, e, por isso, asseverou ser
334 primordial que tal problema fosse solucionado, pois atingia a maioria dos usuários, 65% do
335 total, que possuíam plano antigo e eram barrados se fossem portadores de uma doença
336 preexistente. Criticando a visão absolutamente equivocada da Agência de lidar com essa
337 matéria apenas a partir da Lei e deixar o passado fora do seu papel regulador, reiterou que
338 ela tinha de levar a fundo e a cabo aquela pendência, resolvendo-a de uma vez por todas,
339 olhando para antes e depois da legislação, e complementou que se a Câmara de Saúde
340 Suplementar fosse deliberativa e paritária poderia influir mais em todo o processo. **O DR.**
341 **ERIVALDER** cientificou que a CUT, mantendo o posicionamento de que um processo
342 democrático não se solidificava com uma representação dos usuários minoritária, sem que
343 houvesse paridade e expectativa de deliberar, havia decidido participar efetivamente da
344 Câmara de Saúde Suplementar. Declarou que gostaria que se evoluísse, regulando
345 aspectos importantes da legislação, os quais, com certeza, criavam uma série de conflitos
346 entre operadoras, prestadores de serviço e, sobretudo, usuários de planos de saúde que na
347 sua maioria eram de coletivos, a grande preocupação de sua entidade. Certificou que para
348 solucionar aqueles conflitos haveria de se discutir o credenciamento universal, os
349 referenciamentos proibidos por lei e impostos pelas seguradoras, os reajustes
350 indispensáveis, as matérias objeto das Câmaras de Contratualização e de Assuntos
351 Médicos, cujos trabalhos teriam de ser concluídos, além dos limites éticos aceitáveis dentro
352 da efetividade da regulamentação, porque as operadoras brigavam entre si, prejudicando
353 usuários, prestadores e médicos, que tinham os seus honorários cada vez mais reduzidos.
354 Confirmando essa situação, relatou que a SANCIL, na região do ABC em São Paulo,
355 encaminhou uma carta aos seus credenciados, a qual estava sendo entregue à Agência,
356 onde constava: *"igualmente alertamos que a eventual celebração de contrato de*
357 *credenciamento com a saúde ABC poderá lhe representar riscos, além de poder lhe trazer*
358 *seqüelas em razão das pendências jurídicas que estamos instalando contra a mesma"*, ou
359 seja, estava avisando que poderia descredenciar o médico que se credenciasse a outra
360 operadora. Então, revelou não ser contrário à existência do mercado privado de saúde e
361 nem que ele fosse regulado pelo Estado, mas reivindicou que a sua presença fosse firme,
362 impedindo a redução da qualidade do atendimento e fazendo com que aquela parcela da
363 economia operasse de maneira ética, humanística e ligada ao SUS, de forma a minimizar
364 os seus embates. Para tanto, acreditava que em 2003 o desafio de todas as Agências, não
365 só da ANS, seria o de regular na perspectiva do novo governo, que intentava promover um
366 maior equilíbrio na sociedade e equacionar a estrutura para resolver os problemas crônicos
367 do País a médio e longo prazo. Elogiando a exposição feita pela Agência, desejou a todos
368 bom Natal e um Ano Novo em que se conseguisse sorrir um pouco mais. **O DR. JOSÉ**
369 **CLAUDIO**, apesar dos inúmeros entraves enfrentados, avaliou que era inegável o quanto
370 se havia caminhado no processo de regulamentação daquele mercado que anteriormente
371 operava sem nenhuma regra, para o que todos, sem exceção, haviam contribuído.

372 Contudo, de acordo com o próprio Relatório de Gestão da Agência, indicou que nos últimos
373 três anos os reajustes concedidos para o setor foram de apenas 23,41% contra o
374 percentual acusado pelo IGP-M de 36,14%, duvidando que alguma operadora tivesse
375 conseguido manter seus custos abaixo desse percentual e chamando a atenção quanto à
376 nítida defasagem existente que se somada à do período de transição da SUSEP para o
377 Ministério da Saúde, quando poucos reajustes foram autorizados, extrapolaria o índice de
378 30%. Por isso, advertiu que a proposta do projeto criando o fundo garantidor de
379 beneficiários era interessante desde que fosse tomada uma medida a curto prazo para
380 resolver aquela defasagem que as operadoras estavam bancando, senão, num futuro não
381 muito distante, talvez elas precisassem de um fundo semelhante. Encerrando, parabenizou
382 a Diretoria Colegiada da ANS pelo trabalho desenvolvido no ano de 2002 e, ainda, a sua
383 equipe de funcionários e colaboradores, na pessoa da Dagmar, que sempre recepcionou em
384 Brasília os integrantes daquela Câmara com carinho e dedicação, externando seus votos a
385 todos de um feliz Natal e um 2003 melhor do que os anos anteriores. **O DR. SPIGOLON**,
386 acompanhando o **Dr. José Claudio**, saldou, em nome da CMB, os parceiros da Câmara de
387 Saúde Suplementar, parabenizando a Diretoria Colegiada da ANS e a sua equipe de
388 funcionários pelos avanços visivelmente conseguidos, os quais mereciam ser reconhecidos,
389 e ensejou que todos tivessem um excepcional Natal e um 2003 de muitas realizações.
390 Acerca da sugestão feita pelo **Dr. Schiavon** de que fossem acrescentados indicadores
391 afetos ao segmento prestador de serviço, comunicou que o Ministério da Saúde havia
392 acabado de concluir um novo cadastro nacional envolvendo quase 70 mil estabelecimentos
393 desse ramo e detalhando a rede hospitalar, além de ter implantado a Comunicação de
394 Internação Hospitalar-CIH, que, seguramente, poderiam fornecer à Agência alguns dados
395 do atendimento no setor suplementar e já agregar elementos bastante substanciais para
396 análises. Alertou que a sua entidade acabava também de receber o resultado de um
397 trabalho realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública com o apoio do BNDES, onde
398 ficou constatado que 54% da rede filantrópica hospitalar, nos últimos quatro anos, teve
399 uma descapitalização insuportável, que inclusive demandou do BNDES e do Ministério da
400 Saúde alguns estudos de emergência. Alertou ainda que toda a rede hospitalar do País
401 encontrava-se ameaçada pelo fato de que apenas cerca de 48% da sua capacidade de
402 atendimento estava sendo ocupada e os seus custos não diminuía na mesma proporção
403 dessa queda de uso de suas áreas e equipamentos. Na qualidade de prestador de serviço,
404 transmitiu sua preocupação com aquele momento de uma verdadeira crise vivida por esse
405 segmento, o que acarretaria dificuldades para o equilíbrio de toda a cadeia do sistema na
406 linha do que falou o **Dr. Samir** e, sem dúvidas, rebateria na qualidade da assistência, bem
407 como no crescente volume de reclamações da rede prestadora conforme mostrado pelo **Dr.**
408 **Januario**. **A DRA. RENÊ** mencionou ter gostado da apresentação, no entanto, seguindo os
409 que a antecederam, havia notado a falta de alguns dados, levantando a reflexão quanto ao
410 interesse da Agência em transformar aquela Câmara em deliberativa. Observou que na
411 questão de reajustes colocada pelo Dr. Samir, existia, realmente, um perfeito estado de
412 desequilíbrio entre os altos valores pagos pelo consumidor e os baixos honorários recebidos
413 pelos médicos. Em paralelo, observou que o credenciamento universal, como lembrou o
414 **Dr. Erivalder**, deveria ser discutido, pois do jeito que o mercado credenciava seus
415 serviços, prejudicava usuários e empresas, estimulando a formação de um cartel dos
416 profissionais credenciados em todos os serviços e daqueles novos que não tinham nenhum
417 tipo de credenciamento, os quais se submetiam a prestar serviço para cooperativas falsas.
418 Com vistas à busca do equilíbrio e como usuária, pediu às entidades médicas que criassem
419 um protocolo rígido de conduta, cujos procedimentos as operadoras seriam obrigadas a
420 cumprir, o que os usuários deveriam respeitar. Dentre os desafios pontuados pelo **Dr.**
421 **Januario**, destacou o da migração das pessoas dos planos antigos para os planos novos,
422 que não acontecia por falta de definição de preços pela Agência, porque migrar para um
423 plano adaptado à Lei estava significando aos usuários ingressar em plano novo e, num
424 exemplo fictício, sua mensalidade poderia ir de cem para quinhentos reais. Dessa forma,

425 ratificou a necessidade de estipular qual seria o valor e o que estava sendo adicionado ao
426 plano antigo, possibilitando a migração desses usuários e a solução dessa demanda,
427 entendendo que também os contratos coletivos teriam de ser analisados em função dos
428 seus vários problemas. Defendeu que os planos privados de saúde fossem opcionais, não
429 obrigatórios e tivessem preço acessível para que o consumidor pudesse pagá-lo sem
430 sacrificar o pão de cada dia, e concluiu ser crucial estabelecer aonde se queria chegar e
431 definir aquelas regras, até para evitar a impressão equivocada de que usuários e médicos
432 eram contra as operadoras e o sistema privado, o qual atendia 1/3 da população do SUS.
433 **O DR. DINIZ** noticiou que o CIEFAS e a ABRASPE estavam se fundindo numa só entidade
434 denominada União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde-UNIDAS, com o
435 objetivo de fortalecer a defesa dos interesses das autogestões e dar uma maior
436 contribuição no aprimoramento do setor suplementar de saúde. Em nome dessa entidade,
437 estendeu os cumprimentos aos Diretores e colaboradores da Agência pelo trabalho que
438 vinha desenvolvendo durante o seu período de existência, cujo brilho dos avanços
439 conseguidos em favor dos beneficiários e na tentativa de organizar esse mercado não
440 poderia ser ofuscado pelas eventuais falhas e pendências derivadas da complexidade da
441 área. Partindo do fato de que o País respirava ares de esperança de eliminação das
442 injustiças, da fome e da exclusão social, inferiu ser legítimo que esse clima contagiasse os
443 atores daquele segmento, dando-lhes ousadia para vencerem os imensos desafios, os
444 quais infelizmente não cessavam ou atenuavam por si só, e para imprimirem maior eficácia
445 na construção de um sistema mais equânime capaz de melhorar a qualidade da assistência
446 à saúde de seus usuários. Finalizando, desejou a todos feliz Natal e Ano Novo. **O DR.**
447 **ADRIANO LONDRES**, mesmo tendo acompanhado à distância por estar recém integrado
448 àquela Câmara, parabenizou a Agência pelo trabalho executado durante 2002.
449 Demonstrando-se bastante animado com os importantes e corretos desafios que foram
450 expostos, disse estar claro que o equilíbrio, abordado pela maioria dos participantes, seria
451 um dos grandes temas daquele momento em diante, cuja presença na relação entre
452 operadoras e prestadores era da maior relevância, garantindo a defesa do consumidor
453 usuário de serviço que, diferentemente do comprador de serviço, era o real motivo da
454 existência daquele mercado. No que tange a tão propagada escassez de recursos no setor,
455 sustentou que não bastava estar discutindo direitos sem pensar em deveres e que a
456 solução razoável para esse problema não estava simplesmente no aumento dos mesmos,
457 mas sim passava pelo debate, dentro da Agência e de cada uma das entidades, do
458 desenvolvimento de ações qualitativas, como meio de atacar as diversas ineficiências e
459 desperdícios presentes ao longo de toda a cadeia, otimizando recursos. Assim, sendo o
460 ambiente propício para tal, desejou a todos muita saúde no Ano Novo. **A DRA. LUCIA**
461 **HELENA** parabenizou os membros da Câmara de Saúde Suplementar e da Agência por
462 mais um ano de trabalho. A respeito do equilíbrio considerado essencial, reconheceu o
463 esforço da Agência de procurar saídas para alguns problemas e que os projetos
464 apresentados naquela oportunidade, inquestionavelmente, contribuiriam para o
465 crescimento da regulamentação, após serem muito debatidos e bastante aprofundados em
466 todas as suas nuances, a exemplo de como as empresas participariam do fundo garantidor
467 o que não estava claro. Manifestou não ser contrária à existência da Revisão Técnica,
468 inclusive alterada pela RN nº 19 de 12/12/02, mas que, mesmo com o sério
469 acompanhamento da Agência, ela permitia às operadoras uma maior flexibilidade de
470 reajustar os preços a serem repassados, deixando os consumidores, que muitas vezes
471 pagavam pela má administração das empresas, sem alternativa concreta de, pelo aspecto
472 concorrencial, escolher outro plano que lhes oferecesse uma assistência aquedada e fosse
473 financeiramente viável. Com base nos dados do relatório de gestão, nos que haviam sido
474 ali percorridos e na realidade dos acontecimentos que vinha acompanhando ao longo
475 daquele processo, salientou que era imperioso normatizar a mobilidade, sempre pleiteada
476 com veemência pelas entidades de defesa do consumidor, por ser essa indispensável para
477 a discussão de quase todas as matérias. Citando o caso da cirurgia de miopia que parecia

uma coisa isolada, para argumentar que até pequenos detalhes da regulamentação não davam segurança aos consumidores e não impediam práticas lesivas das operadoras, enumerou algumas das outras pendências que, sob sua ótica, não haviam avançado satisfatoriamente naquele ano, continuavam sem regras definidas e com um alto índice de reclamações nos órgãos de defesa do consumidor: do reajuste por faixa etária, da urgência e emergência, da preexistência, do rol de procedimentos, da migração do plano antigo para o previsto na Lei, etc. A fim de que o setor de saúde suplementar evoluísse a contento, ponderou que seria imprescindível que cada um dos seus integrantes primasse pela total transparência das informações, em particular as operadoras, e enfrentasse o debate dos problemas gerais de maneira mais desarmada, debate para o qual as entidades de defesa do consumidor estavam sempre à disposição, visando aprimorar as regras e colaborar na melhoria daquele segmento. Para terminar, desejou um excelente Natal e Ano Novo a todos. **O DR. VITOR** fez constar que introduziria em sua entidade o debate do desafio sobre a representação dos consumidores coletivos, não obstante julgasse ser uma tarefa difícil agregar grandes empresas, tais como a Fiat, a Varig, a Marcopolo, a GM, as maiores redes de supermercados, pois não estavam articuladas para que uma representasse a outra, porém consignou que a CNI estaria à disposição e realizaria o diálogo que se fizesse necessário. Assinalou que outro ponto muito positivo para prestadores e consumidores era o de incentivar as pequenas e médias empresas a ampliarem seus planos, tanto quanto permanecia sendo a questão das informações epidemiológicas, capítulo de grande utilidade que já havia progredido e continuava requerendo estudos das condições de saúde do usuário do sistema privado comparado com os do SUS. Então, enalteceu o relatório da Agência que comprovava, desde a sua criação, o quanto vinha produzindo e o trabalho que cada um dos componentes daquela Câmara havia desenvolvido em 2002, desejando a todos um bom Natal e Ano Novo. **O DR. JANUARIO** acentuou que quem participava diretamente da construção da ANS enquanto órgão regulador e da normatização daquele mercado de saúde suplementar, não poderia perder de vista o elevado e contínuo grau de avanço que se havia conquistado, o qual caminhava cada vez mais para um nível de sedimentação que seria a base para ajustes e aperfeiçoamentos. Evidenciando que aquele patamar de evolução somente foi alcançado porque se acreditava em desenvolvimento de processos e que a cada dia era possível arquitetar um dia seguinte melhor, atribuiu o positivo trabalho que a Agência estava conseguindo executar, fundamentalmente, à valorosa inter-relação com todos os atores do setor e aos riquíssimos debates mantidos naquele fórum. Dessa forma, encerrou a 30ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar e, em nome da Diretoria Colegiada da Agência, desejou aos seus componentes um feliz Natal e um ótimo 2003, confiante de que juntos continuariam, dia a dia, a construir um futuro mais próspero, sem dúvida esperado por todos.

515

516 Agência Nacional de Saúde Suplementar

517

518 Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde

519

520 Associação Médica Brasileira

521

522 Autogestão

523

524 Central Única dos Trabalhadores

525

526 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

527

528 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

529

530 Confederação Nacional do Comércio

ATA DA TRIGÉSIMA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

- 531
- 532 Confederação Nacional da Indústria
- 533
- 534 Conselho Federal de Medicina
- 535
- 536 Cooperativas de Serviços Médicos
- 537
- 538 Cooperativas de Serviços Odontológicos
- 539
- 540 Empresas de Medicina de Grupo
- 541
- 542 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais
- 543
- 544 Federação Brasileira de Hospitais
- 545
- 546 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
- 547
- 548 Fundação Procon- São Paulo
- 549
- 550 Fundação Procon- São Paulo
- 551
- 552 Social Democracia Sindical