

ATA DA TRIGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03/06/2004

1 Às quatorze horas e trinta minutos do dia três de junho de 2004, no Salão
2 Vermelho do Hotel Nacional, situado no Setor Hoteleiro Sul, quadra 01 bloco A, na
3 cidade de Brasília-DF, foi realizada a trigésima terceira Reunião da Câmara de
4 Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, órgão
5 integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo, nos termos do parágrafo
6 único do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000,
7 combinado com o artigo 4º da MP nº 2177 – versão 44. Estiveram presentes os
8 diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Dr. **Fausto Pereira**
9 **dos Santos** - Diretor-Presidente; Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso** – Diretor
10 de Normas e Habilitação das Operadoras; Dr. **Gilson Caleman** – Diretor de
11 Gestão; Dr. **José Ricardo Peret Antunes** - Diretor-Adjunto da Diretoria de
12 Desenvolvimento Setorial; Dra. **Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos**, Secretária-
13 Executiva; Dra. **Maria Stella Gregori** – Diretora de Fiscalização; Dr. **Eduardo**
14 **Marcelo de Lima Sales** - Procurador-Geral; Dra. **Mônica Nigri** – Gerente-Geral
15 Econômico Financeiro dos Produtos da DIPRO/ANS; **Rosa Lages Dias** – Gerente-
16 Geral de Integração com o SUS. Compareceram os seguintes representantes: Dra.
17 **Maria de Lourdes Ferreira**, do Ministério da Fazenda-MF; Dr. **Arthur Badin**, do
18 Ministério da Justiça-MJ; Dr. **José Carlos de Moraes**, do Ministério da Saúde-MS;
19 Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, do Conselho Nacional de Secretários
20 Municipais de Saúde-CONASEMS; Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do
21 Conselho Federal de Medicina-CFM; Dr. **José Mário Moraes Mateus**, do Conselho
22 Federal de Odontologia-CFO; Dr. **Ernestino Vilela Farias**, do Conselho Federal de
23 Enfermagem-COFEN; Dr. **Eduardo de Oliveira**, da Federação Brasileira de
24 Hospitais-FBH; Dr. **José Francisco Schiavon**, da Confederação Nacional de Saúde,
25 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços-CNS; Dr. **José Martins Lecheta**, da
26 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
27 Fillantrópicas-CMB; Dr. **Vitor Gomes Pinto**, da Confederação Nacional da
28 Indústria-CNI; Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e Dr. **Adriano Matheis**
29 **Londres**, da Confederação Nacional do Comércio-CNC; Dr. **José Erivalder**
30 **Guimarães de Oliveira**, da Central Única dos Trabalhadores-CUT; Dr. **Márcio**
31 **Serôa A. Coriolano** e Dr. **Pedro Antônio Fazio**, da Federação Nacional das
32 Empresas de Seguros Privados e de Capitalização-FENASEG; Dr. **Samir Dahas**
33 **Bittar**, da Associação Médica Brasileira-AMB; Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**,
34 da UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão e Assistência à Saúde; Dr. **Reinaldo**
35 **Camargo**, do SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **Celso Corrêa**
36 **de Barros** e Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas
37 de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do
38 SINOG, pelas Empresas de Odontologia de Grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel**
39 **Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de
40 Serviços Odontológicos; Dr. **André Luiz Lopes dos Santos**, da Defesa do
41 Consumidor, Procon/SP; Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa do
42 Consumidor, Procon/SP; Dra. **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, pela Associação de
43 Consumidores de Planos de Assistência à Saúde; Dra. **Josefa Renê Santos**
44 **Patriota**, da ADUSEPS, pela Associação de Consumidores de Planos Privados de
45 Assistência à Saúde; Dra. **Neide Regina Cousin Barrigueli**, da FARBRA, pelas
46 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais; Dra. **Regina**
47 **Libonati de Paula**, da AFB, pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de
48 Patologias Especiais. Participaram como convidados o Dr. **Ruy Gallart de**
49 **Menezes**, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-COFFITO, e o
50 Dr. **Orestes Mazzariol Júnior**, da União das Empresas Médicas-UEME. Foi

ATA DA TRIGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03/06/2004

51 justificada a ausência do Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical, que
52 teve problemas na emissão de passagens na sua instituição. Foram também
53 comunicadas as alterações nas seguintes representações das entidades: No
54 Ministério da Fazenda, foi alterada a Suplente Dra. **Maria de Lourdes Ferreira**; no
55 Ministério da Saúde, como Titular, Dr. **José Carlos de Moraes**; Conselho Federal
56 de Odontologia, como Titular, Dr. **José Mário Moraes Mateus**; Confederação das
57 Santas Casas de Misericórdia, como Titular, Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior**, e
58 como Suplente, Dr. **José Martins Lecheta**; Confederação Nacional da Indústria,
59 como Titular, Dr. **Vitor Gomes Pinto**, e como Suplente, Dra. **Sylvia Regina**
60 **Trindade Yano**; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de
61 Capitalização, como Titular, Dr. **Márcio Serôa A. Coriolano**; Entidades de Defesa
62 do Consumidor, na vaga 1, como Titular, Dr. **André Luiz Lopes dos Santos**, e
63 como Suplente, Dra. **Renata Molina**; e, Associação dos Consumidores de Planos
64 Privados de Assistência à Saúde, como Titular, na vaga 2, Dra. **Josefa Renê dos**
65 **Santos Patriota**, e como Suplente, Dra. **Marta Maria Gomes Lins**. Foi proposta a
66 bimestralidade da reunião. Outra informação foi a mudança de endereço do
67 gabinete no Distrito Federal, que agora está localizado no Edifício Libertas, sétimo
68 andar, Setor de Autarquias Sul, quadra 01, bloco M. Foi deliberado como secretário
69 da Câmara o Dr. **José Leônicio Feitosa**, que por motivos de viagem não pôde
70 comparecer, sendo substituído pelo Dr. **Gilson Coleman**, que foi escolhido como
71 substituto perene. Dadas essas informações, o **Dr. Fausto** deu início à reunião
72 passando ao primeiro ponto da pauta: a minuta da ata da trigésima segunda
73 Reunião da Câmara de Saúde Suplementar. Foram acatadas as sugestões de
74 alterações feitas por parte do **Dr. José Cláudio Oliveira**, da UNIMED, e por parte
75 do **Dr. Antonio Alarcon**, da UNIODONTO. Sem nenhuma outra sugestão de
76 alteração, a ata foi aprovada. Em continuidade à pauta, foram dados informes
77 sobre a Política de Reajuste, sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de
78 Contratos e houve uma discussão sobre o ressarcimento. A **Dra. Mônica Nigri** –
79 Gerente-Geral Econômico-Financeira dos Produtos da DIPRO/ANS, fez o informe
80 sobre a questão de Política de Reajuste dizendo que até a Resolução Nº 36, todos
81 os planos individuais necessitavam de autorização prévia da ANS para aplicação do
82 reajuste. A partir da decisão, em caráter liminar, do Supremo Tribunal Federal, da
83 Ação Direta de Inconstitucionalidade, de número 1931-8, de 21 de agosto de
84 2003, a autorização prévia passou a valer somente para os contratos celebrados
85 por pessoas físicas após a vigência da lei. Apesar da resolução tratar de reajuste
86 para todos os tipos de planos, a autorização prévia passa a valer após essa decisão
87 somente para os planos individuais novos. Os Planos contratados por pessoas
88 físicas, anteriores à lei, continuam a serem regidos pelo contrato. Com isso, a ANS
89 publicou duas súmulas normativas, de números 5 e 6, que tratam especificamente
90 de contratos onde não estão claras as cláusulas de reajuste, seja em função de não
91 haver um índice expresso em contrato ou de não ter sido eleita, de forma clara, a
92 metodologia de apuração de índice. Os planos contratados por pessoas físicas, até a
93 decisão do Supremo, necessitavam de autorização prévia. Após a decisão do
94 Supremo, a autorização prévia passou a ser necessária somente para os planos
95 novos. Para os planos antigos vale o que está estabelecido em contrato, observadas
96 a Súmula Normativa Nº 5, de 04 de dezembro de 2003, e a Súmula Normativa Nº
97 6, de 27 de fevereiro de 2004. Para pessoa jurídica, vale o que for acordado entre
98 as partes e também o que tiver sido estabelecido em contrato. A carteira de
99 beneficiários é dividida basicamente da seguinte maneira: são 30% de planos
100 coletivos novos, 41% de planos coletivos antigos, 17% de planos individuais

ATA DA TRIGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03/06/2004

antigos e 12% de planos individuais novos. Os 12% evidenciados na apresentação feita em Plenária referem-se exclusivamente aos planos que necessitam de autorização prévia para aplicação de reajuste, limitados até os 11,75% autorizados pela ANS. A Diretoria Colegiada se reuniu no dia 30 de março de 2004 e deliberou pela instauração da Câmara Técnica. Duas reuniões foram realizadas, nos dias 15 e 20 de abril, onde representantes das entidades aqui presentes estiveram e discutiram o aperfeiçoamento da metodologia, sugerido também no Fórum Nacional de Saúde Suplementar. Através de *slides*, foi apresentada a conclusão das reuniões e também um mapa de consensos e dissensos, elaborado na segunda reunião da Câmara Técnica, mostrando que o mercado está bem dividido. Uma das sugestões foi a de apurar a variação por região, que deveria ter massa suficiente, com base na análise de todos os reajustes comunicados pelas operadoras de planos coletivos naquele local, verificando-se as situações em que ocorreu a despesa de cada contrato. Outra sugestão foi a divisão do conjunto de operadoras por porte de beneficiários: de zero a vinte, de vinte a cem mil e acima de cem mil beneficiários. Nesse caso, quando cada operadora solicitasse o reajuste, seria verificado a que porte ela pertenceria e autorizado o percentual referente àquele porte. Para uma operadora com mais de cem mil beneficiários seria autorizado o reajuste apurado com base em todas as operadoras desse mesmo porte. Uma terceira possibilidade seria por segmentação: médico-hospitalar, odontológico e cooperativas médicas. Estas metodologias foram estudadas e levadas à Diretoria Colegiada. Na reunião de 6 de maio foi decidida a MANUTENÇÃO DA METODOLOGIA que vinha sendo utilizada, que consiste em apurar o reajuste aplicado no mercado coletivo, que é onde se verifica um forte poder de negociação tanto por parte da operadora quanto por parte das empresas contratantes. A política consiste em apurar o reajuste absorvido pelas empresas, considerando não só o mensurado, mas também o quanto a operadora conseguiu repassar para as empresas e aplicar aos reajustes individuais. O reajuste apurado com base nessa metodologia foi de 11,75%. Os reajustes já estão sendo solicitados à Agência e esta já está autorizando os mesmos. As operadoras também poderão solicitar à ANS o anexo para verificar se houve realmente a variação estipulada. O **Dr. Fausto** abriu a discussão para alguma questão de esclarecimento e comentou sobre os desafios para o próximo ano, com relação à definição de um novo formato para a política. A primeira pessoa inscrita, **Dra. Neide Regina Cousin Barriguelli**, da FARBRA, manifestou-se demonstrando sua irritação e relatando sua desastrosa experiência ao utilizar seu plano de saúde. Destacou que nada mudou em relação ao respeito ao usuário e que os reajustes continuam acontecendo anualmente. Relatou também que foram realizados três ou quatro fóruns e que todas as propostas que os usuários colocaram não foram contempladas. Revelou que o segmento pedira uma Câmara Deliberativa Paritária e que até aquele momento não havia tido resposta. Em seguida, o **Dr. Fausto** explicou à **Dra. Neide** que o usuário é o foco da existência de uma agência reguladora e que as agências reguladoras estão voltadas para a qualidade. A direção da Agência está empenhada na busca da qualidade da atenção que é prestada ao beneficiário: o usuário de planos de saúde. Quanto ao reajuste anual, afirmou que é um fator definido por lei e que faz parte do papel da Agência definir o índice de reajuste para o setor, ano a ano. A preocupação da Agência é garantir aos usuários o melhor Sistema de Saúde Suplementar possível. Com relação à Câmara Deliberativa Paritária já houve uma discussão sobre esse assunto no Conselho Nacional de Saúde, mas há necessidade de se discutir quanto à existência de câmaras deliberativas em cada um dos setores de controle social e

até que ponto isso não é uma contradição com o órgão maior de deliberação do Sistema de Saúde. O **Dr. José Erivalder Guimarães de Oliveira**, da CUT, manifestou-se a favor de que o reajuste deve acontecer, mas não pode ser somente para um setor, devendo atingir os prestadores de serviços, as operadoras e os usuários. Falou também sobre os litígios envolvendo os médicos e a dificuldade de se encontrar um denominador comum. Sugeriu que as discussões comesçassem de imediato por não haver tempo hábil, e propôs a criação de uma Câmara de Arbitragem, para não somente arbitrar um conflito em si, mas também para verificar se os contratos entre as operadoras dos planos de saúde e os prestadores de serviços estão seguindo os parâmetros estabelecidos pelas resoluções de contratualização. Disse que estaria mandando, na próxima semana, uma proposta para a Câmara de Arbitragem a fim de que fosse estudada pela ANS e pelos membros da CSS, visando obter uma luz no fim do túnel para esse impasse. O **Dr. Fausto** deu continuidade às inscrições, pedindo que as pessoas abordassem o tema reajuste e que fossem mais objetivas, dentro do possível. O **Dr. Samir Dahas Bittar**, da AMB, cumprimentou os novos diretores e deu as boas-vindas aos novos membros da Câmara. Em seguida, manifestou sua simpatia em relação à posição do Sr. Ministro e quanto à necessidade de uma solução rápida para o problema, que é a restauração de valores de consultas mesmo que seja instaurada uma arbitragem, afirmando que a classe médica não tem qualquer receio de que haja uma Câmara de Arbitragem. Destacou a importância do Estado em interferir nas circunstâncias em que haja prejuízo para segmentos que são vitais. Ressaltou que estudos recentes divulgados pelo DIEESE mostraram que os planos aumentaram em até 248% nos últimos sete a oito anos e que, nesse mesmo período, a inflação chegou a 73%. Disse ainda que se houvesse sido repassado somente o percentual da inflação para as consultas médicas, a situação seria outra. Em seguida, o **Dr. Fausto** agradeceu a presença do **Dr. Schiavon**, que mesmo acidentado compareceu à Câmara, e passou a palavra a ele. O **Dr. José Francisco Schiavon**, da CNS, salientou a importância desta reunião e afirmou sentir-se honrado em falar após o **Dr. Samir** e o **Dr. Oliveira**, que já haviam expressado o que ele queria dizer. Fez um adendo reconhecendo as palavras de **Dra. Neide**, suas angústias e dificuldades. Parabenizou o Sr. Ministro por suas palavras, reconhecendo as dificuldades vividas pelo setor e pediu as transparências e materiais utilizados nas apresentações. Afirmou que o momento era de buscar uma solução para as dificuldades, que, ao seu ver, estava próxima, uma vez que as operadoras já estavam fazendo contratos sem cláusulas leoninas. A busca da solução passa por uma negociação onde não haja perdedores, onde todos possam ganhar. Para haver um serviço de qualidade aos usuários há um custo que deve ser absorvido, de uma maneira ou de outra. As operadoras também têm que sobreviver, arcar com novos ônus de tributos que foram criados e que vieram inviabilizar suas operações. Foi pedido, em nome dos prestadores, que as operadoras tratassem com carinho essa questão e que a arbitragem fosse realmente um caso de extrema necessidade. O **Dr. Fausto** passou a palavra ao próximo inscrito: o **Dr. Squillaci**. O **Dr. Pedro Pablo** e a **Dra. Renê Patriota** falaram na sequência. Tomando a palavra, o **Dr. Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, cumprimentou a diretoria da ANS e seus novos diretores. Explicou o que é o SINOG, uma entidade sindical, patronal, que representa em todo o país as empresas de odontologia de grupo, e que tem posição formada no sentido de que devem ser obedecidos alguns critérios: quanto aos contratos antigos, devem ser aplicadas as cláusulas de reajustes previstas nos respectivos contratos; quanto aos contratos novos, o SINOG considera que devem

201 ser levados em conta o aumento dos custos ocorridos no período de apuração, além
202 da alteração da faixa etária, na forma prevista na RN 63. Quanto aos planos
203 coletivos, deve prevalecer a livre negociação entre as partes contratantes e respeito
204 aos contratos firmados. Por último, frisou três pontos: primeiro, que a ANS tem
205 condições de processar e pedir à Secretaria de Direito Econômico e ao Conselho
206 Administrativo de Defesa Econômica (CADE), que punam as operadoras que
207 venham a praticar aumentos abusivos de seus preços; segundo, no caso de planos
208 individuais e familiares, que se institua como obrigatória a co-participação do
209 usuário nos planos odontológicos, o que possibilita a redução dos preços e induz à
210 educação pela prevenção. O terceiro ponto é o atendimento de quatro
211 reivindicações que já foram discutidas: - plano específico de contas para todas as
212 operadoras que ofereçam plano odontológico; - redução da taxa de saúde
213 suplementar em 80% para os planos exclusivamente odontológicos; - isenção de
214 publicação de balanço para empresas de odontologia com número de beneficiários
215 abaixo de cem mil; - ativação imediata da Câmara Técnica de Odontologia. **Dr.**
216 **Fausto** passou a palavra para o **Dr. Pedro Pablo**, da CFM, que cumprimentou os
217 novos diretores. Afirmou que o SUS estabelece que a **Dra. Neide** é uma cidadã e o
218 Sistema de Saúde Suplementar a considera uma consumidora. As grandes
219 operadoras dominam o mercado, determinando quanto o consumidor vai pagar e
220 quanto o prestador de serviço vai receber. Relatou sobre o que acontece com os
221 médicos que trabalham para uma determinada operadora no Distrito Federal, que
222 suspenderam o atendimento, e estão cobrando diretamente do usuário, que por sua
223 vez solicita da operadora o ressarcimento. Este fato já vem se estendendo há cinco
224 meses. O **Dr. Fausto** passou a palavra à **Dra. Josefa Renê Santos Patriota**, da
225 ADUSEPS, que deu as boas-vindas aos novos diretores e salientou que, além do
226 reajuste, está também sendo tratado o aspecto da migração e da adaptação.
227 Manifestou desagrado pela campanha que esta sendo veiculada na mídia, pelo **Dr.**
228 **Dráuzio Varela**, que considera um médico com bastante respeitabilidade e que,
229 segundo ela, estaria induzindo os usuários de planos a se apressarem em fazer a
230 opção pela migração de planos antigos para planos novos. Informou que em Recife
231 vários usuários receberam cartas da SulAmérica convidando-os a fazerem essa
232 opção. Em seguida, pediu ao **Dr. Fausto** e ao Ministro que solicitassem a
233 suspensão da propaganda, que desrespeita o Código de Defesa do Consumidor,
234 tendo em vista a preocupação com a reputação da ANS que está sendo citada na
235 mesma. **Dr. Fausto** informou à **Dra. Renê** que o assunto seria abordado em outro
236 momento da reunião e sugeriu que ela voltasse a intervir durante o próximo item
237 da pauta, quando seria discutido o Programa de Incentivo à Adaptação de
238 Contratos. O **Dr. Fausto** referiu-se ao pedido de inscrição do **Dr. Eduardo**, da
239 FBH, e do **Dr. Márcio**, da FENASEG, pedindo desculpas a eles e deu seguimento à
240 pauta, passando a palavra ao **Dr. Márcio**, uma vez que a **Dra. Renê** fizera uma
241 citação às entidades da FENASEG. O **Dr. Márcio** referiu-se a um evento na Câmara
242 dos Deputados, uma audiência pública que teve a participação de representantes
243 da ANS e da FENASEG, na qual se esclareceram vários pontos a respeito do
244 movimento dos médicos de Brasília, cujos entendimentos com as operadoras têm
245 avançado num clima de cordialidade, tranquilidade e confiança. Afirmou ainda que
246 esse movimento dos médicos tem a ver com a Política de Reajustes e que gostaria,
247 se possível, de se estender no assunto. Em seguida, reiterou que a saúde brasileira
248 é cara e que os consumidores brasileiros passam por dificuldades. Cogitou que
249 quando a regulação oferecesse um produto mais barato e que a população pudesse
250 recuperar sua renda, haveria possibilidade de se vender mais seguros, o que a ANS

também deveria querer, já que faz parte da missão da Agência, regular, expandir e fomentar o setor, pois é esse o desejo de todos. O **Dr. Fausto** fez um esclarecimento sobre os vários aspectos regulatórios da ANS, incluindo o reajuste. A ANS não autoriza reajustes em planos coletivos, porém possui uma série de intervenções sobre os mesmos, que às vezes pode ser confundidas, como se a Agência não tivesse regulação alguma sobre os planos coletivos. Destacou que o plano coletivo também está sob regulação da Agência, para melhor esclarecer a questão da regulação da Política de Reajuste do restante da regulação assistencial e das outras questões. Lembrou, contudo, que o plano coletivo não tem liberdade de oferecer segmentação e uma série de outras questões que estão sob regulação da Agência. Voltou a informar que no momento adequado voltaria a discutir a questão da propaganda. Em seguida passou a palavra à **Dra. Mônica** para falar sobre Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos. A **Dra. Mônica** iniciou sua apresentação fazendo referência à Lei 9656, que trouxe uma série de benefícios e conquistas tanto para os beneficiários que adquiriram planos adaptados à legislação, quanto para os que adquiriram planos anteriormente a 2 de janeiro de 1999. Explicou que o STF suspendeu a eficácia do artigo 35-E da lei 9656/98 por considerar inconstitucional a extensão dos direitos de uma lei a acordos anteriores à sua vigência, tornando nulas as garantias dadas pela lei aos planos antigos. A ANS criou o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos para que os beneficiários que tiveram suas coberturas restritas aos antigos contratos pudessem ampliá-las ou ir para um contrato novo. Este programa atinge 58% dos beneficiários e trata da adaptação, da migração e do ajuste dos planos. Ressaltou que a adaptação não é obrigatória, podendo o beneficiário permanecer no contrato original; já a operadora é obrigada a oferecer o PIAC ao contratante. Na adaptação, o contrato antigo passa a estar sujeito às regras da Agência no que diz respeito a reajuste, variação por mudança de faixa etária e possíveis revisões; não há rescisão do contrato antigo, que recebe um aditivo e passa a ter novas coberturas, além das originalmente previstas. Já no caso da migração, o contrato antigo é rescindido. Para que a operadora possa oferecer exclusivamente a proposta de migração, o contrato deve ter o Índice de Utilização acima de 90%. A Resolução (64) estabeleceu que a oferta de migração deve observar três critérios cumulativos: a operadora deve oferecer vantagens com relação à carência, com relação ao preço e o enquadramento por faixa etária. Explicou ainda que uma vez que o contrato é rescindido, o próximo reajuste acontecerá somente dali a 12 meses. Esclareceu também que quando a operadora possuir menos de dez mil beneficiários e não possuir planos novos é feita uma modificação especial, que se configura como adaptação. Nesse caso, os reajustes passam a ser regidos pela resolução, o contrato passa ter sua vigência indeterminada e as cláusulas com limitação quantitativa de procedimentos se tornam nulas. O ajuste está limitado a 3%. A **Dra. Mônica** explicou os índices de ajuste no caso de adaptação, que correspondem a um índice geral e a um índice próprio, ressaltando que as operadoras devem preencher um aplicativo no *site* da ANS, na Internet, de forma correta e completa. Quanto ao índice próprio, este precisa de um detalhamento mais profundo, o cálculo deve ser feito por um atuário e há necessidade da elaboração de um relatório pormenorizado com informações sobre as bases utilizadas, o critério e uma série de quesitos estabelecidos no normativo. Informou ainda que o prazo para o envio de propostas terminou no dia 26 de abril, porém a Agência ainda está recebendo propostas, uma vez que é importante para os beneficiários que as mesmas sejam apresentadas. As operadoras de autogestão

patrocinadas, de segmentos odontológicos, as administradoras e também as operadoras que não possuam planos antigos não estão obrigadas a apresentar proposta. **Dr. Fausto** interrompeu a **Dra. Mônica**, facultando a palavra à **Dra. Renê** e ao **Dr. André Santos**, reiterando o pedido de que as pessoas se limitassem às questões que poderiam ser aprimoradas no sentido de agilizar o assunto. Em seguida, a **Dra. Renê** referiu-se à propaganda que tem sido veiculada na televisão sobre os planos de saúde e informou que, apesar de não parecer, estes eram regulados pelo Código de Defesa do Consumidor. Em relação ao incentivo à migração e à adaptação, referiu-se ao caso da SulAmérica e do Bradesco, que estão oferecendo reembolso, mas que os usuários não sabem o valor da consulta nos contratos antigos e nos contratos firmados depois da Lei 9656. Disse ainda que já entraram com ação na justiça contra a SulAmérica, empresa que até hoje não encaminhou aos usuários a lista dos valores de consultas. Colocou que muitas vezes os consumidores são lesados por omissão dos próprios médicos e reclamou que não havia punição para os médicos, nem para o diretor da operadora. Revelou ainda que SulAmérica está oferecendo apenas a migração, sem a opção de adaptação. Além disso, culpou a ANS pela inexistência de uma regra fixa, conclamando a Agência a adotar uma posição mais definida, pois o consumidor está em situação difícil, confusa. O **Dr. Fausto** passou a palavra ao **Dr. André**, do Procon/SP, que referiu-se ao processo de implementação em si, reiterando o que havia sido falado antes, e concordou com a **Dra. Renê** no que se referia à propaganda, a qual considerou lamentável, pois ver alguém com a respeitabilidade do Dr. Dráuzio Varela tratar um assunto tão sério como se fosse um mero produto que se compra em loja, dava a impressão que não havia incidência do Código de Defesa do Consumidor sobre a questão. Chamou a atenção para o fato de que a ANS havia demorado para divulgar a relação das empresas obrigadas a oferecer a adaptação, ou apenas a migração, e aquelas que não estão estariam. Disse que a maior parte das ofertas recebidas não explica ao usuário qual o percentual de reajuste em cada uma das faixas naquele plano. Algumas empresas que deveriam oferecer adaptação e migração estavam apenas oferecendo a migração, e deveriam ser autuadas. Citou que o mais preocupante era que as propostas feitas ao consumidor referiam-se basicamente à migração, com valores absurdos e textos cuja redação induzia o consumidor a achar a migração como sendo a melhor opção. Informou que os consumidores estavam enfrentando filas e filas para atendimento no PROCON sem saber de nada, a não ser que alguns planos de saúde haviam aumentado de cem para quinhentos reais, por exemplo. Expôs a preocupação de que logo não haveria necessidade de existência da ANS, pois os consumidores não poderão pagar seus planos e irão parar no SUS. Ressaltou a falta de transparência por parte da ANS, que deveria usar a mídia para informar a população e ressaltou que não só a Lei 9656 dá proteção ao usuário de planos de saúde mas também o Código de Defesa do Consumidor. Em seguida, o **Dr. Fausto** passou a palavra à **Dra. Maria Inês Dolci**, da PRO-TESTE, que também fez referência à propaganda do Dr. Dráuzio Varela e reiterou a solicitação de que a Agência oferecesse informações mais claras ao consumidor, sobretudo no caso de planos do tipo familiar, indicando se os reajustes também se aplicariam aos dependentes. O **Dr. Fausto** fez alguns esclarecimentos. Inicialmente destacou que dentre o total de autorizações para adaptação de contratos, a autorização para índice de migração correspondia a uma pequena parte. Em seguida, enfatizou que os Órgãos de Defesa do Consumidor recebem apenas os problemas, e o que estava transcorrendo normalmente não era divulgado. O **Dr. Fausto** deixou claro que após trinta anos de

351 existência de planos de saúde no país, com coberturas diversificadas segundo a
352 política da operadora, não seria fácil a implantação de coberturas estabelecidas por
353 lei. Destacou que a Agência estava empenhada em explicar, através do *call center* e
354 da página na Internet, que a adaptação, ou a migração, é uma opção do usuário e
355 que as irregularidades deveriam ser notificadas a fim de que as empresas fossem
356 autuadas. Com relação à propaganda, deixou claro que a intenção do Ministério da
357 Saúde e da ANS foi a de chamar a atenção das pessoas para um processo em
358 andamento, levando-as à reflexão e observação quanto à situação atual de seus
359 planos de saúde para posterior redefinição. Em relação à escolha do Dr. Dráuzio,
360 afirmou que a Agência procurou uma pessoa que passasse credibilidade em relação
361 ao processo que está em andamento e reafirmou que não é intenção da Agência de
362 desconhecer a importância do Código de Defesa do Consumidor. Reiterou também
363 que todas as questões que chegarem à Agência, de descumprimento normativo,
364 serão apuradas e as empresas autuadas. A **Dra. Renê** questionou sobre o prazo
365 para fazer a adaptação ou migração, que a ANS estipulou em 90 dias mas que as
366 operadoras têm informado ao consumidor que é de 30 dias. **Dr. Fausto** esclareceu
367 que, talvez por problemas de redação ou de entendimento, este aspecto não tenha
368 ficado claro e que era intenção da Agência que prazo fosse de 90 dias para todos os
369 interessados, informando que iria procurar fazer esses esclarecimentos. Passou a
370 palavra ao **Dr. Sérgio de Almeida**, do PROCON, que afirmou que a oferta feita na
371 propaganda é dirigida, e que muitas vezes o consumidor recebe como contra oferta
372 a possibilidade de ingresso em um plano coletivo. Comentou que a Agência
373 precisava tomar cuidado, porque caso contrário os planos coletivos tenderiam a
374 crescer cada vez mais em relação aos do tipo individual e familiar. O **Dr. Fausto**
375 passou a palavra à **Dra. Maria Inês**, que fez comentários quanto ao prazo de 90
376 dias para a adaptação e a migração. Em seguida, **Dr. Fausto** facultou a palavra ao
377 **Dr. André Luiz Lopes dos Santos**, do PROCON, que enfatizou que embora um
378 dos papéis do PROCON seja o de fazer atendimento e dar orientação, deveria haver
379 uma postura mais informativa por parte da Agência. O **Dr. Fausto** passou ao
380 último ponto da pauta, relativo ao ressarcimento, convidando a **Dra. Rosa Lages**,
381 Gerente Geral de Integração com o SUS, para falar sobre o impacto financeiro na
382 incorporação dos procedimentos eletivos e da complexidade no ressarcimento ao
383 SUS. **Dra. Rosa** chamou a atenção para a Lei 9656 - que determina que todos os
384 atendimentos prestados a beneficiários de planos de saúde, em qualquer serviço
385 cadastrado ao SUS, sejam ressarcidos, e para a RDC número 62, de 2001, que
386 estabelece o ressarcimento em apenas duas circunstâncias: no setor privado, para
387 urgências e emergências, e no setor público, para urgências, emergências e
388 atendimentos eletivos. A **Dra. Rosa** demonstrou, através de transparências, os
389 processos de ressarcimento ao SUS no que se refere ao valor da tabela CIH-SUS e
390 da TUNEP, esclarecendo que foram usados dois métodos, um com a exclusão da
391 ortodontia, órtese e prótese e medicamentos, e outro sem a exclusão desses três
392 procedimentos. O **Dr. Antônio Alarcon**, da UNIODONTO, afirmou que a ortodontia
393 é uma especialidade de odontologia e questionou se o cálculo fôra feito com base
394 nessa especialidade, ao que a **Dra. Rosa** respondeu que a ortodontia fôra excluída,
395 uma vez que ela não está prevista na cobertura pelos planos. O **Dr. Fausto**
396 ressaltou que o objetivo da Agência é buscar cumprir o artigo 32 (Lei 9656) e
397 deixou em aberto para quem quisesse fazer esclarecimentos ou mesmo
398 intervenções sobre a questão. Passou a palavra ao **Dr. Helvécio Magalhães**, do
399 CONASEMS, que saudou os novos diretores e manifestou, em nome do Conselho de
400 Secretários Municipais e do Conselho de Secretários Estaduais, sua satisfação ao

ouvir o Sr. Ministro Humberto Costa dar a posição política do governo com relação à integração do SUS com o setor de saúde suplementar, formando um Sistema Nacional de Saúde. Comentou sobre as várias interfaces onde há por volta de 70% da rede prestadora comum aos dois sistemas, sobre o investimento na qualificação no SUS, que é uma prioridade no atual governo, chamado de QualiSUS, e no campo da informação, destacou os esforços no sentido de qualificar a informação em saúde, seja do ponto de vista epidemiológico, seja do ponto de vista gerencial. Afirmou que, quanto ao ressarcimento, além de cumprir na integralidade o artigo 32, deve-se resgatar o princípio de equidade do SUS. Tudo o que for utilizado pelos usuários de planos de saúde na rede do SUS tem que ser ressarcido para que este tenha condição de cumprir o princípio da equidade. Revelou que estavam sendo discutidas propostas para ampliação de ressarcimento e minimização dos custos que comprometem grande parte dos recursos do SUS. Citou a participação do CONASEMS no Grupo Técnico pós Fórum Nacional de Saúde Suplementar, que classificou como um espaço importante de interlocução. Afirmou que outras formas de se garantir o ressarcimento deveriam ser buscadas, no sentido de que esses recursos poderiam ser aproveitados em projetos específicos, como se fossem um recurso adicional do Fundo Nacional de Saúde. Chamou a atenção para a importância de uma mudança nos processos de cobrança e utilização desses recursos, de modo a fortalecer a interface entre os dois sistemas. O **Dr. Fausto** passou a palavra para o **Dr. José Carlos**, do Ministério da Saúde, que se referiu à situação do ressarcimento como uma pressão que o sistema público e o Ministério da Saúde têm sofrido nos últimos anos, no que diz respeito à organização e à dificuldade de acesso a um conjunto de procedimentos. Referiu-se, ainda, ao fato de que os usuários de planos de saúde conseguem um melhor acesso aos procedimentos de alta complexidade frente aos usuários do Sistema Público de Saúde. Sob essa perspectiva, os atendimentos de emergência seriam o ponto de partida para a discussão. Afirmou ser fundamental garantir o ressarcimento, e reiterando o que foi dito pelo **Dr. Helvécio**, que era essencial discutir este ponto, mesmo porque o Ministério da Saúde teria que trabalhar a interface com a Agência, construindo parâmetros ou mecanismos capazes de garantir a regulação e o acesso dos usuários no sistema. O **Dr. Fausto** informou que estavam inscritos para falar o **Dr. Márcio Coriolano**, o **Dr. Diniz**, o **Dr. Reinaldo Scheibe** e o **Dr. Orestes**, passando a palavra ao primeiro. O **Dr. Márcio Serôa A. Coriolano**, da FENASEG, sugeriu que a proposta referente ao trabalho efetuado pela DIDES fosse distribuída aos presentes para que pudesse ser melhor analisada. Em seguida, o **Dr. Fausto** passou a palavra ao **Dr. Diniz**, da UNIDAS, que deu as boas-vindas aos novos dirigentes, destacando que na sua opinião, estes estavam chegando descontaminados, o que garantia um equilíbrio na relação entre os atores e o setor. Desculpou-se por não se ater apenas ao ressarcimento, já que iria se referir a alguns dos assuntos já debatidos. Referiu-se à migração, às questões em torno do reajuste e reiterou a importância de se chegar a um índice justo para que as operadoras pudessem recuperar o poder de compra dos serviços de saúde oferecidos através de seus planos. Afirmou que deveria haver negociação de tabelas ou de honorários médicos, cujos valores não deveriam ser arbitrados por decretos, leis ou por imposições, uma vez que o mercado de saúde era também regido pelas leis de oferta e de demanda. Quanto ao ressarcimento, manifestou-se favorável à proposta de que a Agência fizesse uma análise custo/benefício no sentido de se verificar o impacto sobre a iniquidade observada no sistema. O **Dr. Fausto** passou a palavra ao **Dr. Reinaldo Scheibe**, do SINAMGE, que falou em

seu nome e do **Dr. Arlindo**, reforçando sua posição junto ao **Dr. Schiavon** e ao **Dr. Márcio**. O **Dr. Fausto** registrou que o **Dr. Arlindo** havia pedido que se adiasse a reunião, em função da realização de um encontro em São Paulo, o que não fôra feito por questão de agenda. Agradeceu a presença do **Dr. Eduardo**, que havia cancelado outros compromissos para estar presente à reunião. Durante sua fala, o **Dr. Reinaldo Scheibe** cumprimentou a nova diretoria da ANS e desejou-lhes sucesso. Solicitou que todo o material apresentado fosse disponibilizado o mais breve possível e perguntou ao **Dr. Fausto** se depois daquela rodada de inscrições haveria ainda tempo para alguma discussão geral, cuja resposta foi negativa. O **Dr. Reinaldo** prosseguiu então, defendendo posição favorável em relação ao ressarcimento para procedimentos de urgência e emergência, destacando, contudo, que necessitava de um tempo maior para analisar a proposta apresentada. Acrescentou ainda que o ressarcimento deveria ser realizado somente em contratos novos, não abrangendo a carteira antiga, independente do fato de estar sendo feita a migração ou a adaptação. Mencionou a ausência de participação da ANVISA no sentido de ajudar a reduzir os custos da alta complexidade, como por exemplo de materiais importados de órtese e prótese, já que os médicos pedem somente produtos importados, embora os nacionais sejam de qualidade. Quanto aos reajustes, posicionou-se pela regionalidade. O **Dr. Fausto** passou a palavra ao **Dr. Orestes Mazzariol**, da UEME, que deu boas-vindas aos novos diretores e retomou o tema abordado pelo **Dr. Reinaldo**, afirmando que a manutenção da equidade e da universalidade do acesso eram fundamentais. Salientou a diferença entre as pequenas e médias cidades e operadoras que não têm capacidade para realizar alguns procedimentos. Concordou também com a posição da ABRAMGE, de que a tabela deveria ser revista antes de se tomar uma iniciativa, e comentou que havia alguns problemas com as operadoras em relação à reserva técnica, e que se deveria estipular um prazo, criando um passivo tributário, um passivo com a Agência. Argumentou que mesmo que houvesse capacitação técnica do profissional em alguns procedimentos mais complexos, não se conseguiria o credenciamento pelo SUS sem o enquadramento em alguns pré-requisitos que não eram fáceis de se conseguir. Declarou ser favorável à integração do sistema suplementar considerado privado e o sistema público. O **Dr. Fausto** apresentou o último inscrito, o **Dr. Egberto**, que demonstrou sua posição contrária ao ressarcimento, evidenciando sua preocupação como consumidor, já que ao usuário de plano coletivo haverá o repasse, pelas operadoras, dos custos do ressarcimento, e ainda, quanto à diferença dos valores da TUNEP creditada aos prestadores privados, se realmente será investida para atender aos mais necessitados do SUS. Destacou que para que o consumidor fique convencido e desembolse mais pelo seu plano, é preciso que fique bem claro como o dinheiro será aplicado pelo hospital privado que é credenciado do SUS, quem vai fiscalizar essa aplicação e que seja para melhorar o atendimento público. O **Dr. Fausto** faz alguns esclarecimentos. Primeiro, ressaltou que o ressarcimento dos planos antigos não acabaria, pois o Supremo havia entendido que esse ressarcimento deveria acontecer. Com relação à ANVISA, revelou que esta Agência fôra chamada e que havia participado de uma série de conversas acerca da comparação tecnológica no que se refere a órteses e próteses e sua respectiva normalização. Posicionou-se também sobre a questão levantada pelo **Dr. Egberto**, relativa ao convencimento, do ponto de vista jurídico. Explicou que a ANS, por ser um órgão público, faz aquilo que o legislador definir, sem possuir o poder de optar sobre o que vai ser feito. Referiu-se ainda sobre o material, que vai estar disponível em breve, inclusive pede a colaboração de todos

para que enviem as contribuições sobre os assuntos discutidos, e antes de encerrar a reunião, passou a palavra ao **Dr. Adriano Londres**, que já havia pedido um tempo para comentar sobre uma série especial de reportagem veiculada pelo Jornal Nacional, cujo tema foi a saúde privada no Brasil. O **Dr. Adriano Londres**, da CNC, endossou o que o **Dr. Fausto** colocara, e destacou que a série jornalística foi produzida de forma equilibrada, evidenciando que havia mais conhecimento sobre o tema por parte da população do que se supunha e que o descompasso com relação aos níveis de entendimento da população fazia parte do processo de mudança. Seguindo o que foi dito pelo mesmo na referida série, reforçou que realmente acreditava que, caso nada viesse a ser feito, o setor como um todo continuaria rumo ao “suicídio coletivo”. Dando continuidade, fez referência à frase que diz que “loucura é fazer as mesmas coisas e esperar resultados diferentes”. Chamou a atenção para o fato de que se as dificuldades existiam não era por vontade de nenhum dos envolvidos na questão. Comentou sobre pontos que considerava como prioridade: a busca de garantia de equilíbrio econômico e financeiro de operadoras e prestadores, classificada como vital; e o pouco investimento em informação e qualificação, aspectos que haviam dificultado todo o processo de regulação até aquela data, contribuindo para uma competição predatória. Afirmou que era preciso pensar nas alterações no processo regulatório, na expansão do mercado, e no papel da Agência na discussão sobre essa expansão. Ao finalizar, destacou que as mesmas coisas vinham sendo faladas havia tempo e que não houvera mudança, lançando a questão sobre o porquê do discurso estar tão longe da prática e deixando alguns pontos para reflexão: a necessidade de uma noção de interdependência entre os atores (“é preciso acabar com a idéia de dependência ou independência”); o excesso de corporativismo na atualidade; a necessidade de oferta, seja de tecnologia ou de outros tipos de prestação de serviços; e a discussão de direitos e deveres por parte de todos. Por último, o **Dr. Antônio Alarcon**, da UNIODONTO, cumprimentou a nova diretoria ao mesmo tempo em que agradeceu aos membros da diretoria antiga, afirmando estar certo das dificuldades do trabalho mas que, com o amadurecimento do debate, as coisas ficariam mais fáceis de se resolver. Em seguida, o **Dr. Fausto** encerrou a reunião, agradecendo a todos a disponibilidade e manifestando o desejo de que aquele fosse o primeiro de uma série de encontros. Solicitou aos presentes que encaminhassem à Secretaria da Câmara os pontos que gostariam de incluir na pauta da CCS, para que a Diretoria Colegiada pudesse definir os temas da próxima reunião. Destacou que a intenção da ANS era a de formatar mais grupos técnicos para aumentar a capacidade de troca para tomada de decisões e embasamento, e colocou a Agência à disposição para estar presente em todos os fóruns, o que “engrandece, enriquece e facilita o processo de tomada de decisão por parte de uma agência reguladora”. Por último, convidou os presentes para o “coffee break” e agradeceu a todos.

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

Ministério da Fazenda

Ministério da Justiça

ATA DA TRIGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 03/06/2004

- 545 Ministério da Previdência e Assistência Social
- 546 Associação de Consumidores de Planos Privados e de Assistência à Saúde – ADUSEPS
- 547 Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - PRO TESTE
- 548 Associação Médica Brasileira – AMB
- 549 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB
- 550 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 551 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 552 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN
- 553 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 554 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
- 555 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 556 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 557 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 558 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG
- 559 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais –FARBRA
- 560 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 561 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 562 Fundação PROCON - São Paulo