

**ATA DA 35ª REUNIÃO DA
CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

ÍNDICE TEMÁTICO DE ASSUNTOS

Seção de Informes:

ITEM 1 – Plano de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC)

Linha 75 (pág.3) a Linha 126 (pág.4)

ITEM 2 – Reajustes de planos antigos

Linha 127 (pág.4) a 139 (pág.5)

ITEM 3 – Discussão do tema contratualização

Linha 139 (pág. 5) a Linha 265 (pág.7)

Seção de Discussões:

ITEM 1 – Apreciação de proposta de constituição de Grupo Técnico para discutir a Política de Reajustes para o Período 2005/2006

Linha 267 (pág. 7) a Linha 398 (pág.10)

ITEM 2 – Discussão de Câmara de Arbitragem proposta pela CUT

Linha 399 (pág. 10) a Linha 647 (pág.16)

ITEM 3 – Apreciação de proposta de calendário das reuniões CSS/2005

Linhas 648 a 666 (pág.16)

ITEM 4 - Outros assuntos de interesse geral

Linha 667 (pág.10) a Linha 757 (pág.18)



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

1 **ABERTURA** – Às dez horas e trinta minutos do dia cinco de outubro do ano de
2 dois mil e quatro, no Salão Vermelho do Hotel Nacional, situado no Setor
3 Hoteleiro Sul, Quadra 01, Bloco A, na cidade de Brasília, Distrito Federal,
4 realizou-se a Trigésima Quinta Reunião Ordinária da Câmara de Saúde
5 Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 03 de julho de 1998,
6 integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter
7 permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único do artigo 5º e artigo
8 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da
9 Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto**
10 **Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr.
11 **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das
12 Operadoras (DIOPE/ANS); Dra. **Eliana Alves Sartori**, da Agência Nacional de
13 Saúde Suplementar (ANS); Dr. **Gilson Coleman**, Diretor de Gestão
14 (DIGES/ANS); Dr. **José Leônicio de Andrade Feitosa**, Diretor de
15 Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora
16 de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dra. **Andréia Pereira Macera** e Dr. **Thompson**
17 **da Gama Morete Santos**, do Ministério da Fazenda (MF); Dra. **Adacir dos**
18 **Reis**, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); **Arthur Badin**,
19 do Ministério da Justiça (MJ); Dr. **José Carlos de Moraes**, do Ministério da
20 Saúde (MS); Dr. **Mário César Scheffer**, do Conselho Nacional de Saúde
21 (CNS); Dra. **Regina Helena Arroio Nicoletti**, do Conselho Nacional de
22 Secretários de Saúde (CONASS); Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**,
23 do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Dr.
24 **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do Conselho Federal de Medicina (CFM);
25 **Benício Paiva Mesquita**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr.
26 **José Mário Morais Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr.
27 **Ernestino Vilela Farias**, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Dr.
28 **Eduardo de Oliveira**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **José**
29 **Carlos de Souza Abrahão**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
30 Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **José Martins Lecheta**, da
31 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
32 Filantrópicas (CMB); Dr. **Vítor Gomes Pinto**, da Confederação Nacional da
33 Indústria (CNI); Dr. **Adriano Mattheis Londres**, da Confederação Nacional do
34 Comércio (CNC); Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano**, da Confederação
35 Nacional do Comércio (CNC); Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira** e
36 Dr. **Mário Antônio Ferrari**, da Central Única dos Trabalhadores (CUT); Dr.
37 **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical (FS); Dr. **Márcio Serôa A.**
38 **Coriolano**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de
39 Capitalização (FENASEG); Dr. **Samir Dahas Bittar**, da Associação Médica
40 Brasileira (AMB); Dra. **Maria Beatriz Coacci Silva**, da UNIDAS, pelo
41 Segmento de Autogestão e Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de Almeida**, do
42 SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **Celso Corrêa de**
43 **Barros** e Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas
44 de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do
45 SINOG, pelas Empresas de Odontologia de Grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel**



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

46 **Alarcon**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dr.
47 **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de Serviços
48 Odontológicos; Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa do
49 Consumidor, PROCON/SP; Dra. **Renata Molina**, da Defesa do Consumidor,
50 PROCON/SP; Dra. **Marta Maria Gomes Lins**, da ADUSEPS, pela Associação de
51 Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde; Dra. **Neide Regina**
52 **C. Barriguelli**, da FARBRA, pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de
53 Patologia Especiais; Dra. **Vera Lúcia de Vita**, da Associação Franco Basaglia
54 (AFB), pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologia Especiais;
55 Dr. **Orestes Mazzariol Júnior**, da União das Empresas Médicas (UEME); Dr.
56 **Luciano Ramos Ribeiro**, do Sindicato das Empresas de Captação e Promoção
57 de Vendas de Planos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SECPPLAS); e Dr.
58 **Lúcio Rogério Gomes dos Santos**, do Fórum dos Conselhos Federais da Área
59 de Saúde (FCFAS). Dr. **Fausto dos Santos** procedeu à abertura dos trabalhos
60 da reunião cumprimentando os integrantes da Câmara de Saúde Suplementar
61 e demais presentes. Em seguida, informou a presença dos convidados: Dr.
62 **Luciano Ramos Ribeiro**, pelo Sindicato das Empresas de Captação e
63 Promoção de Vendas de Planos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
64 (SECPPLAS); Dr. **Lúcio Rogério Gomes de Souza**, do Fórum dos Conselhos
65 Federais da Área de Saúde (FCFAS); Dr. **Orestes Mazzariol Júnior**, da União
66 das Empresas Médicas (UEME); e justificou a ausência da Dra. **Maria Inês**
67 **Dolci** e do Dr. **Paulo Roberto de Lima Bühler**, da PRO TESTE. Feitos esses
68 informes, colocou em apreciação a Ata da 34ª Reunião Ordinária da Câmara de
69 Saúde Suplementar, informando que haviam sido incorporadas as
70 contribuições apresentadas pelo Dr. **Márcio Coriolano**, Dr. **Egberto Miranda**
71 e Dr. **Celso Corrêa de Barros**. **A Ata foi aprovada, considerando o**
72 **destaque apresentado pelo Dr. Sérgio Augusto Werneck de Almeida, do**
73 **PROCON/SP, que solicitou a inclusão da palavra “não” antes de “era**
74 **contra o Programa”, na linha 652.** Definido esse ponto, Dr. **Fausto** passou
75 ao item 1 da de informes. **INFORMES: ITEM 1 – PLANO DE INCENTIVO À**
76 **ADAPTAÇÃO DE CONTRATOS (PIAC)** – Dr. **Fausto dos Santos** iniciou a
77 apresentação do informe, lembrando que, em 22 de dezembro de 2003, fora
78 publicada a Resolução Normativa que criou o Programa de Incentivo à
79 Adaptação de Contratos (PIAC), suspenso no dia 30 de junho de 2004, por
80 liminar da Justiça da Primeira Vara Federal de Pernambuco. Entretanto, frente
81 à suspensão dessa liminar, em 12 de agosto de 2004, por decisão do
82 Presidente do Superior Tribunal de Justiça, a ANS publicou, em 2 de setembro
83 de 2004, a RN nº 80 que amplia o prazo para manifestação dos beneficiários.
84 Em 30 de junho de 2004, esse prazo era menor e, com a recontagem, iniciada
85 em 3 de setembro, passou a ser de 30 dias. Para os beneficiários que tinham o
86 prazo de 30 dias ou mais para se manifestarem, o prazo havia sido mantido e
87 a contagem, também, se reiniciara em 3 de setembro de 2004. Disse que,
88 além desses pontos, a Resolução determina que a operadora informe aos
89 beneficiários sobre os novos prazos para manifestação. Reafirmou o
90 compromisso da ANS de re-avaliar o Programa, na perspectiva de rever os

ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

91 pontos que, eventualmente, não haviam tido êxito e precisavam ser corrigidos,
92 garantindo-se a ampla participação de todos os atores. Acrescentou que a
93 Agência não havia feito essa avaliação anteriormente para não suspender o
94 Programa, evitando prejudicar o processo de adesão, considerado bastante
95 razoável, por parte dos consumidores que haviam recebido propostas a partir
96 do índice geral de 15%, em média. Concluído o informe, perguntou se os
97 integrantes da CSS tinham considerações a fazer sobre o tema. Dra. **Marta**
98 **Maria Gomes Lins**, da ADUSEPS, informou que a Associação havia impetrado,
99 no STJ, um Agravo de Instrumento contra a decisão de reativar o Programa,
100 que seria julgado no dia 6 de outubro de 2004, além disso, havia preparado
101 memoriais que seriam entregues a todos os Ministros. Dra. **Neide Regina**
102 **Barrigueli**, da FARBRA, solicitou maiores esclarecimentos sobre o número de
103 adesão dos consumidores que haviam recebido propostas a partir do índice
104 geral de 15%, em média. Dr. **Fausto dos Santos** explicou que a Agência não
105 possuía, ainda, balanço do percentual de adesão ao IGP, que variava em torno
106 de 15%, tendo em vista que os prazos para a adesão não haviam sido
107 encerrados. Acrescentou que dados extra-oficiais mostravam um nível de
108 adesão bastante razoável dos usuários ao IGP; contudo, a Agência não havia
109 autorizado nenhum Índice Próprio. Também destacou que informações extra-
110 oficiais apontavam um baixo índice de adesão à migração, demonstrando que
111 esse item do Programa não havia sido bem aceito pelos consumidores. Dr.
112 **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, destacou que o custo do envio
113 freqüente de correspondências aos consumidores relativas às revisões do
114 Programa era muito elevado para as operadoras e que esse custo teria que se
115 refletir no reajuste das contraprestações pecuniárias. Dr. **Sérgio Augusto**
116 **Werneck**, do PROCON/SP, destacou que, apesar de se estar trabalhando com
117 as propostas de migração e adaptação, verificava-se somente a oferta de
118 migração, sendo importante trabalhar, simultaneamente, com as duas
119 possibilidades. Dr. **Fausto dos Santos** explicou que o Programa apresentava
120 apenas duas possibilidades de adequação dos contratos, a adaptação ao IGP
121 para o índice de 15%, em média, e a migração para as carteiras com índice de
122 utilização acima de 90%. Além disso, reafirmou que a Agência não havia
123 autorizado um índice próprio por uma série de fatores. Enfatizou, ainda, que,
124 até aquele momento, existiam apenas dados extra-oficiais que demonstravam
125 razoável adesão ao Índice Geral de 15% e de baixa adesão à proposta de
126 migração. Feitas essas considerações, passou ao item 2 da seção de informes.
127 **INFORMES: ITEM 2 – REAJUSTE DE PLANOS ANTIGOS** – Em relação a
128 esse assunto, Dr. **Fausto dos Santos** informou que prevalecia o índice de
129 11,75% estabelecido pela Agência em 2004, por meio da RN nº 74, para
130 correção dos contratos cobertos pela Lei nº 9.656/98. Assim, a Agência autuou
131 as operadoras que haviam aplicado reajustes superiores a esse índice ou que
132 possuíam contratos onde essa cláusula não era expressa, sendo que algumas
133 já haviam sido multadas. Explicou que a ANS estava discutindo com as
134 empresas, as operadoras, os órgãos de defesa do consumidor, o Ministério
135 Público Federal e os Ministérios da Justiça e da Fazenda sobre a possibilidade



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

de um ajustamento de condutas e de um termo de compromisso, de modo a estabelecer uma regra clara e acordada para reajustes de planos antigos, evitando-se, assim, que os problemas ocorridos em 2004 não se repetissem em 2005, 2006 e 2007. **INFORMES: ITEM 3 – DISCUSSÃO DO TEMA CONTRATUALIZAÇÃO** – Dr. **Fausto dos Santos** iniciou o debate com a apresentação da atual situação do processo de contratualização. Informou que, logo após o término da fase hospitalar, foi constituído um grupo de monitoramento desse processo e, a partir das informações das empresas e das representações do setor hospitalar, fora identificado que: a autogestão tivera apenas 10% de retorno dos contratos enviados; as seguradoras, menos de 10%; a medicina de grupo, 72%, sendo que 34 com assinaturas, e 38 continuavam em negociação; e, entre as cooperativas médicas, um terço havia assinado os contratos enviados, um terço havia solicitado revisão das cláusulas e um terço não havia se manifestado. Acrescentou que as filantrópicas não tiveram dificuldades no envio dos contratos por serem operadoras e prestadoras ao mesmo tempo. Comentou que, para a FBH e a Confederação Nacional de Saúde, fora difícil chegar a um acordo em relação às cláusulas concernentes aos valores de serviço, além da forma e periodicidade do reajuste. Destacou que a dificuldade maior para as partes fora a validação dos instrumentos jurídicos propostos: os técnicos da ANS haviam analisado 122 modelos contratuais, em sua maioria de hospitais, enviados pelas operadoras aos prestadores, os quais foram apresentados à Agência, com alegações quanto aos atos normativos vigentes. Informou que, ao concluir esse estudo, o GT convocaria as operadoras e hospitais para discutir as cláusulas e definir entendimento comum sobre a questão e, a seguir, submeteria os resultados desse debate à Diretoria Colegiada da Agência. Ressaltou que uma medida adicional de orientação ou de normalização seria editada a depender dos resultados do debate com as operadoras e hospitais. Por fim, destacou que o segmento das clínicas ambulatoriais e a Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) enfrentaram as mesmas dificuldades dos demais setores, enquanto o prazo para os profissionais médicos havia sido adiado para março de 2005, atendendo à solicitação da Associação Médica Brasileira e dos CRMs do Rio de Janeiro, da Bahia, entre outros. Concluída a apresentação, fez uso da palavra a Dra. **Maria Beatriz Coacci Silva**, da UNIDAS, para considerações sobre o tema. A princípio, ela chamou a atenção para as dificuldades enfrentadas pelas empresas de autogestão no que diz respeito ao cumprimento das resoluções relativas à contratualização. Em relação às Resoluções nº 42 e 60, que tratam dos contratos hospitalares, explicou que as dificuldades referiam-se à assinatura dos contratos vinculados aos índices automáticos de reajuste – o IGPM e a IMPC e à periodicidade dos reajustes. Nesse ponto, destacou que o entendimento da UNIDAS era que a vinculação dos contratos ao índice de reajuste configurava-se em indexação, o que contrariava a política econômica do atual governo. Além disso, ressaltou que as entidades haviam pleiteado incremento na taxa de comercialização, que já havia sido negociada anteriormente. Disse que a posição da UNIDAS, repassada às suas afiliadas,



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

era que o reajuste deveria ser de livre negociação e a periodicidade de, no mínimo, doze meses. Enfatizou, ainda, que o retorno dos contratos hospitalares fora de 30% e que a assinatura dos contratos em consultório estava vinculada à adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Informou que a UNIDAS vinha negociando regionalmente com as comissões estaduais, sendo que a orientação para os 16 estados onde houvera negociação fora no sentido de se implantar a tabela em 2005. Por outro lado, disse que havia dificuldades em orientar os estados onde a negociação não havia sido fechada. Frente à situação, explicou que a proposta da UNIDAS à Agência era a ampliação do prazo para a assinatura do contrato, a fim de que as afiliadas da UNIDAS e segmentos não fossem punidos, como também a definição de mecanismo capaz de responsabilizar, igualmente, o prestador de serviço pela falta de assinatura e envio do contrato. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, registrou que os dados relativos ao envio dos contratos pelos hospitais (apenas 10%) não correspondiam aos dados da FENASEG. Informou que a Federação havia encaminhado correspondência para 100% dos hospitais, sendo que esses eram referenciados das seguradoras e possuíam acordos operacionais, tendo sido observadas mais do que as cláusulas previstas na Resolução. **Nessa linha, disse que encaminharia os dados da Federação à Secretaria da ANS para retificação dos números apresentados.** Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, inicialmente agradeceu à Diretoria da ANS por ter atendido a solicitação de prorrogação do prazo para a assinatura do contrato das operadoras com os médicos. Chamou a atenção, no entanto, para o baixo índice de assinaturas ao final do primeiro prazo de seis meses, ressaltando que seria necessário avaliar os elementos que dificultaram esse processo, a fim de garantir que as metas fossem alcançadas no segundo prazo. Destacou que, quando a periodicidade de um contrato era questionada, o tema sobre os reajustes era colocado sob um prisma de que se configurava em indexador econômico, o que não era permitido no país. Ressaltou que, portanto, seria necessário definir um elemento de proteção para o trabalhador, para o hospital e para a perpetuação do equilíbrio econômico, em face das diversas formas de reajuste. Explicou que a categoria médica não era contra a assinatura dos contratos, embora discordasse da abordagem individual e unilateral que perpetuava condições de exercício precário da profissão, como vinha ocorrendo. Nessa linha, disse que seria importante promover negociação com as representações e lideranças dessa categoria em relação aos contratos, a fim de mudar os métodos e avançar nessa questão. Dr. **Adriano Matheus Londres**, da CNC, comentou que, ao se realizar uma análise jurídica não econômica dos contratos entregues à Agência, observou-se que nenhum deles cumprira a Resolução e, por essa razão, entendia que foi constituído grupo de trabalho para analisar essa questão. **Solicitou que, na eventualidade de constituição de novo grupo para discutir a questão de forma mais abrangente, fosse incluída a representação da CNC.** Registrou, ainda, que o grande impasse em relação ao tema referia-se às questões que envolviam o desequilíbrio econômico do



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

setor - cláusulas ligadas a reajuste, glosas ou atrasos – as quais deveriam ser discutidas para não inviabilizar os contratos. Além disso, reafirmou a necessidade de se promover amplo debate sobre o monitoramento dos contratos, considerando tratar-se de fator fundamental para a efetividade dos mesmos e do seu cumprimento. Dr. **Eduardo de Oliveira**, da FBH, a princípio, lembrou que a Resolução foi proposta por uma Câmara Técnica, realizada pela ANS, e que houvera consenso sobre, praticamente, todos os seus itens. Porém, no momento atual, reconhecia que as empresas estavam tendo dificuldades para cumprir os seus dispositivos. Destacou que a FBH, no início de 2004, já concordara com o adiamento da aplicação dos itens da Resolução; assim, considerava que um novo adiamento era inaceitável. Por outro lado, ressaltou que compreendia a dificuldade da ANS e das operadoras em aplicar, na íntegra, os preceitos dessa norma, considerando que o índice de 11,75% fora publicado no momento em que estava sendo feita a negociação entre hospitais e operadoras acerca dos reajustes, cujos valores estavam bastante defasados. Disse que poucas operadoras estavam concedendo reajustes às prestadoras abaixo do índice de 11,75% e que a expectativa era de reajustes para hospitais e médicos, no mínimo, com esse percentual. Destacou que, terminada a fase de negociação, os resultados não foram bons, mas que, ainda assim, seria necessário cumprir a Resolução, acrescentando que os seus itens, propositalmente, não apresentavam especificidades, a fim de permitir um acordo próprio entre operadora e hospital. Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do CFM, informou que o Conselho Federal de Medicina editara em 2004 uma Resolução, proibindo os médicos de firmarem contratualização com instituições que não possuíssem responsáveis técnicos. Dr. **Fausto dos Santos** comentou sobre as propostas apresentadas pela representante da UNIDAS, destacando que a ampliação dos prazos não resolveria os problemas identificados. Além disso, afirmou que a ANS não possuía dispositivo legal capaz de garantir a assinatura e envio do contrato pelos prestadores de serviços. Ressaltou que a Resolução era bastante *sui generis*, pois todos foram de acordo com o conteúdo, mas não queriam implementar os dispositivos previstos. **Desse modo, disse que a ANS, após analisar os contratos sob sua guarda, chamaria novamente os interessados - prestadores e operadoras - para discutir as especificidades, cláusula a cláusula, ainda que esse não fosse o objetivo inicial da discussão.** Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, fez uso da palavra para esclarecer que, embora o propósito da Resolução tenha sido o de permitir uma ampla discussão, manifestava-se a favor de especificar os seus itens, por entender que contribuiria para alcançar os objetivos almejados no que se refere à contratualização. Concluída a sessão de informes, Dr. **Fausto dos Santos** fez uma alteração na ordem dos assuntos e passou à discussão do item 2 da pauta de discussões. **ITEM 1 – APRECIÇÃO DE PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE GRUPO TÉCNICO PARA DISCUTIR A POLÍTICA DE REAJUSTES PARA O PERÍODO 2005/2006** – Dr. **Fausto dos Santos** lembrou que, na última reunião da CSS, houve acordo sobre a proposta de antecipar o debate da



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

271 Política de Reajustes para 2005/2006, tendo sido sugerida a constituição de
272 um grupo técnico para debater a questão e apresentar subsídios à Câmara de
273 Saúde Suplementar, por intermédio de relatórios bimestrais, bem como à
274 Diretoria Colegiada da ANS. Explicou que a sugestão da Agência era que esse
275 grupo fosse composto por doze pessoas, sendo três representantes das
276 operadoras, três representantes dos prestadores, três representantes dos
277 consumidores e três representantes do governo. Apresentada a proposta, abriu
278 a palavra para considerações. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG,
279 alertou para a diversidade dos interesses no segmento das operadoras –
280 autogestão, seguradora, medicina de grupo, cooperativa e sistema próprio,
281 ressaltando que, dessa forma, seriam três representantes para cinco
282 segmentos que possuem especificidades, o que traria problemas. Desse modo,
283 destacou que seria importante garantir a participação de todos os segmentos
284 no grupo técnico. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, destacou que o
285 segmento das seguradoras pleiteava a participação no grupo, e, nessa linha,
286 propôs que a composição do grupo fosse ampliada, no sentido de contemplar
287 todos os segmentos que compõem a Câmara, ou que o seu caráter fosse
288 consultivo e não terminativo. Dr. **Fausto dos Santos** esclareceu que a
289 proposta apresentada referia-se à formação de um grupo técnico que teria
290 como propósito apresentar subsídios à Câmara de Saúde Suplementar e à
291 Diretoria Colegiada da ANS para definições sobre a política de reajuste, sendo
292 assim, esse grupo não poderia ter caráter deliberativo. Dr. **Orestes Mazzariol**
293 **Júnior**, da UEME, ressaltou que essa proposta apresentava um desequilíbrio
294 democrático em relação aos segmentos da CSS. Dessa forma, sugeriu que
295 fosse utilizada a paridade – 50% operadora, 25% prestador de serviço e 25%
296 usuário, nos moldes da composição dos Conselhos Estaduais e Municipais de
297 Saúde. Em resposta, Dr. **Fausto dos Santos** esclareceu que a proposta
298 apresentada correspondia a três representantes de cada segmento e que a
299 saúde suplementar não seguia o critério da paridade do SUS. Dr. **Celso**
300 **Corrêa de Barros**, da UNIMED, afirmou que nada tinha contra o grupo ou o
301 número de pessoas em sua composição e reivindicou a participação no grupo
302 técnico das Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar, que
303 possuíam doze milhões e seiscentos mil clientes. Dra. **Maria Beatriz Coacci**
304 **Silva**, da UNIDAS, entendeu que a proposta de composição do grupo técnico
305 era paritária e defendeu a participação da UNIDAS, considerando a
306 particularidade da instituição em relação aos demais segmentos do setor de
307 saúde suplementar. Dra. **Renata Molina**, do PROCON/SP, enfatizou a
308 importância de se garantir, também, a participação dos órgãos de defesa do
309 consumidor no grupo e em proporção significativa aos demais segmentos. Dr.
310 **Fausto dos Santos** reiterou que a idéia era formar um grupo técnico para
311 agilizar o processo de debate e desenhar cenários para ações pró-ativas. Além
312 disso, lembrou que um grupo técnico, reproduzindo a composição da Câmara
313 de Saúde Suplementar, não era o espaço mais viável para esse tipo de debate
314 haja vista experiências anteriores. Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força
315 Sindical, também reivindicou a participação da representação dos



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

316 trabalhadores no grupo, por intermédio das Centrais de Trabalhadores que
317 integram a Câmara, mesmo tendo afirmado que o segmento estava incluído na
318 representação do PROCON. Dr. **José Mário Moraes**, do CFO, solicitou que
319 fosse garantida vaga para a odontologia e operadoras no grupo técnico, por
320 entender que o setor estava ficando excluído do processo. Dr. **Alfredo**
321 **Cardoso**, da DIOPE/ANS, ressaltou que a proposta era a constituição de um
322 grupo técnico, com indicação de técnicos capacitados, por parte das
323 operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor, com a finalidade
324 de discutir a política de reajuste e apresentar cenários da situação de cada
325 segmento. Asseverou que, embora existissem peculiaridades entre os
326 segmentos, era possível, do ponto de vista técnico, apresentar um produto que
327 contemplasse as particularidades de cada um. Disse que, caso não fosse
328 possível chegar a um consenso em relação à composição do grupo, o debate
329 teria que ser feito em reunião ampliada, o que, tecnicamente, comprometeria
330 a produtividade e a constituição dos cenários. Concluiu destacando que o
331 resultado do trabalho do grupo seria submetido à apreciação dos integrantes
332 da Câmara, possibilitando a discussão das peculiaridades de cada segmento e
333 à deliberação da ANS. Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon**, da UNIODONTO,
334 reafirmou a importância de se garantir a participação da odontologia no grupo
335 técnico, considerando a sua especificidade e lógica diferente dos demais
336 setores. Explicou que os funcionários e os colaboradores do setor haviam tido
337 reajustes salariais, por meio de dissídios coletivos, superiores a 200%; no
338 entanto, a solicitação de reajuste de 55% dos planos de odontologia, pessoa
339 física, fora negada pela ANS. Chamou a atenção para as dificuldades das
340 cooperativas em continuar trabalhando sem reajustes e, a propósito,
341 perguntou o que deveria ser feito para garantir, no mínimo, os 11,75% de
342 reajuste. Dr. **Fausto dos Santos** esclareceu ao Dr. **Antônio Alarcon** que as
343 operadoras que pleiteavam o reajuste de 11,75% tinham que demonstrar a
344 sua procedência, assim, a ANS não havia recusado o pedido, mas sim,
345 solicitado informações adicionais para verificar a possibilidade de conceder
346 esse reajuste. Dr. **Sérgio Augusto Werneck**, do PROCON/SP, enfatizou que o
347 grupo técnico teria como propósito apresentar subsídios para que a ANS
348 cumprisse o seu papel de deliberar sobre a política de reajustes. Na sua visão,
349 seria importante garantir que todos os segmentos integrantes da Câmara se
350 sentissem representados nesse espaço e que fosse definida, de forma clara, a
351 representatividade (prestador, usuário e operadora) dos seus membros. Dr.
352 **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, considerou, a princípio, que a crise
353 financeira no setor de saúde suplementar era resultante, em grande parte, da
354 política de reajustes das mensalidades. Lembrou que, conforme pactuado na
355 última reunião da Câmara, esse grupo técnico discutiria conceitos e princípios
356 relativos à política de reajustes e, em seguida, os métodos e critérios para a
357 sua concessão. Acrescentou que, antes de o grupo iniciar essa discussão,
358 deveria haver um consenso do setor em relação à política de reajustes,
359 levando-se em consideração a política setorial e a definição de indicadores. Por
360 fim, manifestou o interesse da FENASEG em participar dessa discussão. Dr.

ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

Vítor Gomes Pinto, da CNI, fez uma reflexão sobre a questão dos reajustes, destacando que se tratava de um dos pontos de maior polêmica da Câmara, que se agravava com a defesa de interesses individuais de cada setor. Na sua concepção, um grupo de doze integrantes era muito amplo e, de tal maneira, **apresentou duas alternativas de encaminhamento: que os segmentos que compõem a Câmara indicassem nomes para compor o grupo e que a ANS definisse oito integrantes, de acordo com o perfil para esse tipo de debate; ou que fosse contratado um grupo de especialistas para discutir o tema.** A partir das considerações dos integrantes da Câmara, Dr. **Fausto dos Santos** destacou que restavam duas alternativas: **constituir uma câmara técnica, reproduzindo a composição da CSS; ou delegar à Agência a tarefa de definir a composição do grupo técnico.** Endossou a sugestão de o grupo tratar da questão da odontologia em separado, tendo em vista que a lógica desse segmento era distinta das demais. Além disso, explicou que, ao se constituir uma câmara técnica com a mesma composição da CSS, corria-se o risco de haver reafirmação dos posicionamentos da Câmara de Saúde Suplementar, o que não contribuiria para avançar no debate. Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira**, da CUT, afirmou, de início, que o foco do debate sobre a política de reajustes deveria ser o interesse do usuário de plano de saúde, e não o interesse particular dos demais segmentos. Dito isso, **propôs que cada segmento indicasse 3 ou 4 nomes dos quais a direção da Câmara escolheria doze para compor o grupo técnico.** Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, discordou da colocação do Dr. **Erivalder de Oliveira** de que o foco do debate deveria ser o interesse do usuário, por entender que o papel da Agência não era a defesa de uma parte ou outra, mas sim, regular o mercado de planos privados de assistência à saúde, conciliando interesses opostos, sem deixar de lado o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. Dr. **Fausto da Silva** destacou que a questão levantada pelo Dr. **Egberto Miranda** não estava em pauta e poderia ser trazida à discussão em um momento mais oportuno. Em seguida, utilizando-se do poder discricionário da Direção da Câmara, **conclamou os setores a se reunirem por segmento, após a reunião, e indicarem 4 ou 5 nomes para compor o grupo técnico.** Afirmou que, a partir dessas indicações, a Agência definiria proposta de composição de um grupo, o mais técnico possível, para subsidiar a Câmara e a Diretoria Colegiada na discussão da política de reajustes para 2005/2006. Definido esse ponto, convidou o Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira**, da CUT, para apresentação da proposta de criação de câmara de arbitragem. **ITEM 2 – DISCUSSÃO DE CÂMARA DE ARBITRAGEM PROPOSTA PELA CUT** – Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira**, da CUT, inicialmente, agradeceu à Direção da ANS por ter acolhido a proposta de criação de câmara de arbitragem. Disse que a proposta estava sendo assimilada por vários segmentos, dentre eles, AMB, Força Sindical, Conselho Federal de Medicina, órgãos de defesa dos consumidores, entre outros. Explicou que a Lei nº 9.656/98, apesar de ter sido um avanço em termos de regulação do setor de



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

saúde suplementar, trouxe consigo a formação e revitalização de conflitos múltiplos entre os seus diversos e complexos atores - operadoras dos planos, nas suas variadas formas, as seguradoras, as cooperativas, a autogestão, os usuários com diversas formas contratuais, individuais e coletivas anteriores e posteriores migrados ou adaptados à nova regulação, os recursos hospitalares, laboratoriais e profissionais de saúde, médicos, dentistas, entre outros. Ressaltou que, para resolver os vários conflitos entre esses atores, era preciso especificar o processo de contratualização e reajuste, dentre outros. **Nesse sentido, afirmou que a Central Única de Trabalhadores estava propondo a criação de uma Câmara de Conciliação e Arbitragem, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com a finalidade de conciliar e julgar conflitos de interesses coletivos e individuais entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo seguradoras especializadas e prestadores de serviços de saúde (profissionais de saúde de pessoas jurídicas).** Disse que a criação e composição de uma câmara de arbitragem, no âmbito da ANS implicariam a alteração do Parágrafo Único, artigo 5º, da Lei nº 9.961/00, que passaria a ter a seguinte redação: “A Agência Nacional de Saúde Suplementar contará ainda com uma Câmara de Saúde Suplementar de caráter permanente e consultivo, e com a Câmara de Conciliação e Arbitragem para dirimir litígios de interesse individuais e coletivos, entre as operadoras e os prestadores de serviço” e a inclusão de novo artigo nos seguintes termos: “Art. 13-A. A Câmara de Conciliação e Arbitragem será presidida pelo Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar e composta por árbitros indicados pelas seguintes entidades: *(enumerar as entidades)*”. Afirmou que a finalidade da câmara de arbitragem era garantir um espaço para negociação e definição de consenso entre os diversos atores da saúde suplementar, permitindo que o setor caminhasse de forma mais harmônica. Destacou que, após a previsão legal, seria necessário adaptar o Regimento Interno da ANS para incorporar a nova Câmara, dispondo sobre a forma de indicação dos árbitros, cobrança ou não dos serviços e remuneração destes. Além disso, seria preciso elaborar regulamento que tratasse da competência do processo e existência de cláusula de compromisso nos diversos contratos, da pré-existência de cláusula de compromisso, da didática das reuniões da câmara de arbitragem, da eleição dos árbitros, entre outros aspectos. Disse, ainda, que seria necessário determinar que, no processo de contratualização, as partes incluíssem nos respectivos contratos a seguinte cláusula: “Qualquer divergência, controvérsia ou litígio decorrente da interpretação e execução desse contrato, deverá ser resolvido por meio de mediação ou arbitragem pela Câmara de Conciliação e Arbitragem da Agência Nacional nos termos do seu regulamento”. Com isso, ao ser iniciada a negociação entre as partes, seria indicado o árbitro, dentro da lei, que regulamenta a arbitragem no país. Explicou que, na eventualidade de as partes não conseguirem indicar o árbitro a partir da legislação brasileira, a proposta era que a Agência Nacional assumisse essa função ou arbitrasse o conflito, por intermédio da Câmara de Arbitragem. Nessa linha, disse que seria

ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

451 necessário, além de estabelecer os contratos individuais, discutir uma forma de
452 negociação diferente da que acontecia atualmente, para avançar na solução de
453 conflitos. Prosseguiu destacando que a negociação coletiva era ainda mais
454 notável quando o conflito de interesses se dava entre capital e trabalho, ou
455 seja, prestadores de serviço e operadoras dos planos de saúde, pois essa
456 surgia como um espaço para equilibrar os valores sociais do trabalho com a
457 livre iniciativa. Ainda sobre a negociação, citou o seguinte trecho do livro “O
458 sindicato e o mundo globalizado”, de José Carlos Arouca: “A negociação
459 coletiva constitui instrumento do sistema capitalista que rege a ordem
460 econômica e conjuga a valoração do trabalho, para disciplinar a ordem social.
461 A convenção, portanto, presta-se a aperfeiçoar o contrato individual de
462 trabalho, diante das concessões que o capital entende possíveis. Seu
463 significado maior, desta forma, está em dar efetividade ao estado democrático
464 de direito com equilíbrio entre valores sociais do trabalho e a livre iniciativa.”
465 Nessa perspectiva, destacou que a idéia era avançar na câmara e, também, na
466 contratualização, com um contrato coletivo entre as operadoras de plano de
467 saúde e os prestadores de serviço. Para isso, disse que era necessário definir
468 que as condições para a prestação dos serviços de assistência à saúde,
469 previstos no art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98, deveriam ser fixadas,
470 obrigatoriamente, por instrumentos contratuais celebrados entre as operadoras
471 dos Planos Privados de Assistência à Saúde e os profissionais prestadores de
472 serviços, integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada. Além
473 disso, os representantes legais das operadoras e dos prestadores de serviços
474 envolvidos nas negociações deveriam firmar um termo de compromisso no
475 qual contasse o nome e a qualificação de um árbitro para estabelecer o
476 reajuste dos procedimentos médicos, caso as partes, no prazo máximo de
477 sessenta dias, após o início das negociações, não chegassem a um acordo
478 sobre as cláusulas de remuneração e demais parâmetros fixados nas normas
479 de contratualização editadas pela ANS. Acrescentou que, caso não houvesse
480 acordo sobre a indicação do árbitro entre as representações legais envolvidas,
481 cada uma delas oficiaria à ANS para que a câmara de arbitragem fosse
482 acionada. Desse modo, a câmara seria acionada se, porventura, as partes não
483 chegassem a um acordo, garantindo-se às mesmas a perspectiva do processo
484 de livre negociação. Prosseguiu explicando que os contratos celebrados na
485 forma da lei civil deveriam observar: **1)** as regras de proteção aos usuários,
486 estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar; **2)** os valores e
487 demais condições estabelecidas nos acordos coletivos celebrados nos termos
488 da lei ou nas sentenças arbitrais, se houver impasse; **3)** os representantes
489 legais dos médicos (prestadores de serviço) têm legitimidade para manter
490 negociações coletivas em favor do grupo profissional ou econômico
491 representado; e **4)** os interesses coletivos dos profissionais serão definidos
492 pelas assembleias gerais, convocadas na forma do estatuto da entidade legal
493 representativa do grupo, na base territorial de representação. Enfatizou que a
494 intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar era importante porque
495 a idéia era possibilitar a negociação entre a livre iniciativa e os seus

ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

496 prestadores de serviços, sendo esses a parte mais frágil do processo. Nessa
497 linha, destacou a dificuldade de se resolver o litígio entre prestadores de
498 serviço e operadoras de planos de saúde em relação ao CBHPM. Concluída a
499 apresentação, Dr. **Fausto dos Santos** concedeu a palavra ao Dr. **Mário**
500 **Antônio Ferrari**, suplente da CUT, que acrescentou alguns pontos à
501 apresentação do Dr. **José Erivalder de Oliveira**. Segundo o Dr. **Mário**
502 **Antônio**, era clara e patente a existência de um conflito entre as partes
503 integrantes do setor – consumidores, prestadores, operadoras e seguradoras
504 dos planos de saúde – que era transferido de maneira individual e, às vezes,
505 coletiva ao Judiciário. Assim sendo, disse que a técnica, utilizada por vários
506 países, era a busca de uma solução primeira, fora da esfera judicial. Para isso,
507 era necessária a criação de um espaço para construção do caminho da
508 negociação e busca de solução para o conflito. Contudo, não havia obstáculos
509 para que se buscasse o Judiciário, caso a sentença arbitral não contemplasse
510 os anseios ou contrariasse os dispositivos constitucionais. Além disso, destacou
511 que os conflitos concernentes à contratualização coletiva geral e à
512 contratualização coletiva regional poderiam ser resolvidos por intermédio de
513 convenções coletivas de consumo tripartite, envolvendo prestador de serviço,
514 usuário, consumidor, operadora e seguradora de saúde, o que possibilitaria
515 resposta mais econômica possível a todas as partes. Após essas considerações,
516 Dr. **Fausto dos Santos** abriu a palavra para outras manifestações. Dr. **José**
517 **Carlos de Moraes**, do Ministério da Saúde, sugeriu que, em sendo aprovado o
518 mérito da proposta de criação da Câmara de Conciliação, as entidades que
519 fariam parte da câmara não fossem listadas no Projeto de Lei, mas sim em ato
520 normativo da Agência. Além disso, ponderou sobre o fato de a câmara de
521 arbitragem, que teria um papel de arbitrar litígios de interesses individuais e
522 coletivos, estar no âmbito da ANS, que era responsável por regular o setor.
523 Disse que seria importante aprofundar o debate sobre essa questão, tendo em
524 vista que a Câmara trataria mais demandas individuais do que o componente
525 de interesse de mediação de coletivo que, talvez, fosse o mais interessante
526 para este nível de arbitragem. Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, concordou
527 com a colocação de que seria mais viável se a câmara trabalhasse com a
528 mediação dos conflitos coletivos, entretanto, disse não saber se era legalmente
529 factível. Endossou a proposta de constituição de uma instância de arbitragem,
530 considerando que as câmaras de arbitragem representavam, em todo o
531 mundo, um instrumento de conciliação moderno, ágil, especializado e de baixo
532 custo. No caso do Brasil, disse que a câmara contribuiria para redução das
533 demandas encaminhadas para o Judiciário, cuja capacidade encontrava-se no
534 limite. Além disso, lembrou que o Projeto de Lei nº 3466, do Deputado
535 **Inocência de Oliveira**, que estava tramitando em regime de urgência,
536 contemplava uma instância semelhante à Câmara de Arbitragem, proposta
537 pela CUT. Dr. **Arthur Badin**, do Ministério da Justiça, destacou que a proposta
538 era oportuna e pertinente, considerando, sobretudo, os temas que se pretende
539 dirimir e as vantagens do tribunal arbitral em termos de agilidade e técnica.
540 Por outro lado, fez algumas objeções de ordem legal que mereciam ser

ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

541 ponderadas, inclusive em um parecer da Procuradoria Geral da Agência. Nessa
542 linha, destacou que a autoridade, a legitimidade e a força vinculante das
543 decisões de um tribunal arbitral dependiam da exclusiva autonomia das
544 vontades. Assim, as partes em conflito teriam de querer submeter o seu litígio
545 à câmara ou ao tribunal arbitral, se não, a questão deveria ser remetida ao
546 Judiciário, atendendo-se à previsão constitucional de que nenhuma ameaça
547 e/ou violação de direito seria subtraída à apreciação do Poder Judiciário. Posto
548 isso, destacou que não seria necessária alteração legislativa para a criação de
549 câmara ou tribunal arbitral permanente, oferecido às partes para dirimir
550 conflitos. Acrescentou, ainda, que não seria conveniente criar a câmara arbitral
551 no âmbito do órgão responsável pela regulação e, sobretudo, tendo o
552 presidente da Agência como presidente da Câmara. Dr. **Fausto dos Santos**
553 fez uso da palavra para afirmar que os cargos de presidente da Agência e
554 presidente da Câmara de Arbitragem eram incompatíveis. Dr. **Arthur Badin**,
555 do Ministério da Justiça, destacou que o tribunal arbitral não era uma instância
556 prévia de filtragem de conflitos do Judiciário, pois possuía autoridade para
557 tomar decisões que não poderiam ser revistas pelo Poder Judiciário. Nesse
558 sentido, disse que o pleito de interesses difusos e coletivos, no Brasil, não
559 podia ser feito perante instâncias arbitrais. Frente a essas considerações, disse
560 que seria importante apreciar a proposta a partir do ponto de vista jurídico. Dr.
561 **Adriano Mattheis Londres**, da CNC, destacou que não tinha podido
562 comparecer à última reunião da Câmara porque estava envolvido em organizar
563 e participar de seminário, no Rio de Janeiro, sobre arbitragem e mediação de
564 conflitos. Explicou que o seminário fora realizado a partir do entendimento de
565 que a arbitragem era uma ferramenta moderna, ágil e menos onerosa na
566 solução de conflitos. Disse, por outro lado, que há fatores que podem impedir
567 a aplicabilidade da proposta, sendo o primeiro deles o fato de, no Brasil,
568 prevalecer a cultura do confronto e não da conciliação, e o segundo, a falta de
569 conhecimento acerca do tema. **Desse modo, sugeriu que houvesse uma**
570 **reflexão sobre a postura de confronto prevalente no país e que a**
571 **Agência disponibilizasse maiores informações sobre mediação e**
572 **arbitragem, a fim de subsidiar o posicionamento dos integrantes da**
573 **Câmara.** Dr. **Lúcio Rogério Gomes dos Santos**, do Fórum dos Conselhos
574 Federais da Área de Saúde, iniciou sua intervenção parabenizando a CUT pela
575 proposta e o formato de apresentação. Também chamou a atenção para a
576 necessidade de se compreender que o avanço da saúde no Brasil foi possível a
577 partir de uma abordagem multiprofissional, ou seja, com a participação de
578 todos os profissionais da área da saúde e não apenas dos médicos. Manifestou
579 apoio à proposta, contudo, disse que o maior desafio seria garantir a
580 neutralidade e imparcialidade dos árbitros no julgamento dos litígios. Nessa
581 linha, perguntou se os propositores pensaram em mecanismo capaz de
582 garantir que os árbitros fossem neutros na investigação e arbitragem dos
583 processos. Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical, disse que a
584 proposta de se resolver os conflitos por meio da arbitragem era interessante,
585 apesar de a cultura no país não ser a da conciliação. Informou que a Força

ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

586 Sindical havia debatido o documento e apoiava a proposta, apesar de
587 reconhecer a necessidade de aprofundar o seu debate. Por fim, registrou o
588 entendimento de que esse era um instrumento moderno de solução de
589 conflitos sem utilização, a princípio, da via judicial. Dr. **Vítor Gomes Pinto**,
590 da CNI, manifestou grande interesse pela proposta, tanto como profissional de
591 saúde quanto especialista em relações internacionais, contudo, enfatizou que
592 seria necessário aprofundar alguns dos seus pontos. Endossou a proposta de
593 acrescentar uma cláusula aos contratos, determinando que qualquer caso de
594 divergência ou litígio na execução do contrato deverá ser resolvido por meio da
595 mediação arbitral. Todavia, considerando que as partes deveriam submeter o
596 caso à câmara, disse que o termo “deverá” teria de ser substituído por
597 “poderá”. Destacou que os segmentos integrantes da CSS concordavam que a
598 Câmara tivesse poder e legitimidade. **Sugeriu que fosse solicitado a um**
599 **especialista em direito internacional um parecer sobre a proposta, a**
600 **fim de subsidiar a busca de soluções para as questões levantadas.** Por
601 fim, cumprimentou o Dr. **José Erivalder de Oliveira** pela iniciativa, tendo em
602 vista que a câmara poderia ser um dos meios mais viáveis para resolver os
603 dilemas enfrentados no setor. Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED,
604 comentou sobre o objetivo da proposta, destacando que, qualquer operadora
605 junto a qualquer prestador de serviço que desejasse nomear um árbitro, pela
606 atual legislação, já poderia fazê-lo, não sendo necessária uma nova legislação.
607 Dito isso, destacou que o objetivo da proposta era, tão somente, que a câmara
608 arbitral fosse constituída no âmbito da ANS. Assim sendo, enfatizou que um
609 dos grandes equívocos da diretoria anterior da Agência fora o de avocar para si
610 várias atribuições, sem possuir a estrutura necessária em determinados
611 departamentos. Como consequência, não se conseguiu avançar em relação às
612 garantias das operadoras, aos produtos, entre outros assuntos de interesse.
613 Nessa linha, ponderou se seria positivo atribuir a ANS uma função jurisdicional
614 de julgar um contrato que tivesse analisado anteriormente e, ainda, dirimir um
615 eventual conflito. Na sua visão, seria necessário avançar nos pontos que eram
616 de competência da ANS, e, posteriormente, atribuir-lhe eventual competência
617 de arbitragem. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, enfatizou, a princípio,
618 que qualquer proposta no sentido de dirimir dúvidas era bem-vinda; porém,
619 destacou que a proposta apresentada implicaria mudança da legislação do
620 setor, acrescentando que estava em tramitação um Projeto de Lei, do
621 deputado **Inocêncio de Oliveira**, que se referia à questão da arbitragem.
622 Nesse sentido, disse que a proposta de constituição da câmara de arbitragem
623 deveria ser tratada no âmbito do Legislativo, como parte de uma proposta
624 mais ampla a ser analisada, inclusive, pelo Congresso Nacional e por todas as
625 partes, a fim de ser efetivada com êxito, se assim fosse deliberado. Dr. **Sérgio**
626 **Werneck de Almeida**, do PROCON/SP, manifestou apoio à proposta de
627 adoção do juiz arbitral, contudo, destacou que as câmaras arbitrais tratavam,
628 tão somente, de problemas pontuais, enquanto que a ANS possuía uma visão
629 global, com vistas aos interesses de todos. Desse modo, disse que a câmara
630 não seria necessária se o setor estivesse bem regulado e se as partes

ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

cumprissem o previsto nas resoluções de contratualização. Acrescentou que a adoção de câmaras setoriais, pela ANS, seria uma maneira de a Agência se eximir de eventuais responsabilidades em relação às decisões da câmara. Concluiu destacando que a proposta de composição da câmara de arbitragem era interessante para todos os segmentos; entretanto, enfatizou que essa instância não seria necessária com a regulação do setor pela ANS. Dr. **Fausto dos Santos** destacou que o debate sobre a câmara de arbitragem era extremamente pertinente, tendo em vista que o setor, ainda que lentamente, vinha debatendo do tema a partir da legislação pertinente no Brasil. Além disso, lembrou que estava tramitando, em regime de urgência na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei, do deputado **Inocêncio de Oliveira**, que prevê discussão sobre o assunto. Assim sendo, a Diretoria da Agência considerou que era de extrema importância trazer a discussão da câmara de arbitragem para o âmbito da CSS, a fim de que todos se apropriassem desse debate que estava sendo feito em diversas frentes. **Concordou que nem todos tinham conhecimento do tema e, nesse sentido, disse que a Agência enviaria material para os integrantes da Câmara, antes da próxima reunião.**

ITEM 3 – APRECIÇÃO DE PROPOSTA DE CALENDÁRIO DAS REUNIÕES DA CSS EM 2005 – Dr. **Fausto dos Santos** colocou em apreciação a seguinte proposta de calendário de Reuniões Ordinárias da Câmara, em 2005: 8 de março, terça-feira, em Brasília; 3 de maio, terça-feira, em Brasília; 26 de julho, terça-feira, em Brasília; 27 de setembro, terça-feira, em Brasília; e 1º de dezembro, quinta-feira, em Brasília. Dr. **Sérgio Augusto Werneck**, do PROCON/SP, propôs que as reuniões da Câmara fossem realizadas a cada 45 dias, a fim de dar maior seqüência aos debates havidos entre uma reunião e outra. Dr. **Fausto dos Santos** destacou que a natureza, a qualidade e o conteúdo das reuniões da CSS não dependiam, diretamente, do seu calendário de reuniões. Disse que seria possível definir uma proposta de calendário com seis reuniões ordinárias em 2005, conforme previsto no Regimento da Câmara, para ser apresentada na próxima reunião. Dr. **Lúcio Rogério Gomes dos Santos**, do Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde, sugeriu que as reuniões da Câmara seguissem um padrão de data – por exemplo, última semana do mês – o que facilitaria a definição da agenda dos seus integrantes. **Dr. Fausto dos Santos disse que a Diretoria iria elaborar nova proposta de calendário de reuniões para 2005 para ser apresentada na próxima reunião da Câmara.**

ITEM 4 - OUTROS ASSUNTOS DE INTERESSE GERAL – Dr. **Carlos Roberto Squillaci**, do SINOG, destacou que a Direção do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, que representa essa categoria econômica na Câmara, agradecia o empenho da equipe da Agência que realmente fez um trabalho muito bom nas respostas dos ofícios aos inscritos feitos pelo SINANGE, com relação aos seguintes pleitos: 1º - a instituição de plano de contas específico para o segmento de operadoras de planos de saúde que disponibilizam planos odontológicos; 2º - a extinção da obrigatoriedade de publicação de balanço para as empresas de odontologia de grupo com menos de cem mil beneficiários; 3º - a redução da taxa de saúde

ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

676 suplementar de forma que as operadoras de planos exclusivamente
677 odontológicos paguem o valor anual equivalente a 20% do cobrado dos planos
678 médicos; e 4º - a criação, no âmbito da ANS, de uma câmara técnica
679 específica para tratar de assuntos relativos aos planos odontológicos, com a
680 participação de representantes de todos os setores interessados. No que diz
681 respeito ao primeiro assunto, destacou que o SINOG já havia oferecido a ANS
682 as sugestões técnicas competentes para a contabilização dos planos
683 odontológicos, e aguardava a sua implantação por ato normativo da Agência.
684 Quanto a não-obrigatoriedade de publicação de balanço para as operadoras
685 odontológicas com menos de cem mil beneficiários, informou que a direção do
686 SINOG já havia recebido correspondência da ANS receptiva à proposta e
687 aguardava definição final, esperando que fosse no sentido proposto e o mais
688 breve possível. Acrescentou que a redução da taxa de saúde suplementar para
689 as operadoras odontológicas era uma questão urgente e de justiça, já que os
690 estudos da ANS eram para que os preços praticados pelas operadoras dos
691 planos odontológicos correspondessem a cerca de 13% dos cobrados pelos
692 planos médicos, adicionando-se a isso o fato, também comprovado, de o que
693 universo de beneficiários coberto pelos planos odontológicos, sequer, equivalia
694 a 8% do total dos usuários dos planos médicos. Destacou que, somente por
695 essas duas razões, já se observava a injustiça de se ter uma redução de
696 apenas 50% do valor da taxa paga pelas operadoras odontológicas. Assim,
697 afirmou que se impunha como correta a fixação do valor da taxa de saúde
698 suplementar a ser paga pelas operadoras odontológicas em 20% do devido
699 pelos planos médicos, conforme solicitação do SINOG. Considerou, ainda, que
700 seria de fundamental importância a imediata instituição e início das atividades
701 da câmara técnica específica de planos odontológicos, no âmbito da ANS pelos
702 motivos enunciados. Por fim, destacou que o SINOG continuava à disposição
703 da Agência para colaborar em todos os assuntos que dizem respeito ao
704 aprimoramento das operadoras de planos odontológicos e da saúde
705 suplementar como um todo. Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da
706 UNIODONTO, em primeiro lugar, cumprimentou a direção da ANS pela
707 qualidade e produtividade das oficinas realizadas, destacando, em especial, a
708 que havia sido realizada em São Paulo, recentemente. A propósito, **sugeriu**
709 **que a Agência informasse os integrantes da Câmara, com envio de e-**
710 **mail, sobre a realização das oficinas. Reivindicou, ainda, a realização**
711 **de um número maior de oficinas, por entender que se configuravam**
712 **em um espaço de articulação entre a Agência, as operadoras e demais**
713 **integrantes do processo. Além disso, solicitou que a ANS publicasse no**
714 **Diário Oficial da União suas normas na íntegra, incluindo eventuais**
715 **anexos, uma vez que a má aplicação do disposto no Comunicado nº 5**
716 **gera insegurança às operadoras e consumidores, que desconhecem as**
717 **alterações efetuadas somente nos arquivos no site da Agência.** Como
718 exemplo citou o anexo dois da Resolução do Regimento Interno, que havia sido
719 modificado sem a devida publicação, com a respectiva alteração. Enfatizou,
720 ainda, a necessidade de a Agência publicar a íntegra do rol de procedimentos,



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

para que toda a população tenha acesso a esses dados. Sobre essa questão, **solicitou maiores esclarecimentos no que diz respeito à codificação, tendo em vista que a RN nº 17 utiliza o mesmo código do rol para designar as doenças preexistentes e que tal codificação não constava do arquivo disponível no site da ANS.** Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, registrou a preocupação das operadoras de planos de saúde de medicina de grupo com o número de decisões judiciais concedendo coberturas não definidas em contrato e determinando pagamento de acordo com o CBHPM em alguns tipos de especialidades como, por exemplo, urologia e cardiologia, considerando os prejuízos dessas decisões às operadoras de um modo geral. Solicitou que a Agência tratasse a questão de forma mais incisiva, solicitando, inclusive, esclarecimentos do Poder Judiciário e Ministério da Justiça, na perspectiva de definir soluções que resguardassem a saúde financeira das empresas. Por fim, solicitou que esse tema fosse levado em consideração no debate sobre os reajustes. Dra. **Marta Maria Gomes Lins**, da ADUSEPS, destacou que a doença não era opcional e, por essa razão, não poderia se prender a cláusulas contratuais e a prazos de carências. Disse que seria necessário promover ampla negociação sobre a questão da cobertura, pois continuariam a ser impetradas ações judiciais, caso as operadoras se recusassem a cobrir o tratamento para doenças graves, visando à preservação da vida. Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, do CONASEMS, solicitou informações à diretoria da Agência, em especial ao Dr. Leôncio, sobre os desdobramentos em relação ao tema do ressarcimento, discutido na última reunião, quando foi colocada a necessidade de se retomar a discussão na forma de um grupo técnico. Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira**, da CUT, falou sobre a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), destacando que a maior parte das operadoras de plano de saúde acreditava que este era o caminho para resolver uma série de entraves. Nesse sentido, disse que seria importante negociação entre as operadoras para definir uma proposta de consenso sobre a adoção ou não dessa classificação. Dr. **Luciano Ramos Ribeiro**, do SECPPLAS, fez uso da palavra para agradecer a oportunidade de participar da reunião e para solicitar maior atenção da ANS e da Câmara para as empresas responsáveis pela venda dos planos de saúde. Destacou, ainda, que o SECPPLAS era o primeiro Sindicato de Captação e Promoção de Vendas de Planos de Saúde do Brasil legalizado pelo Ministério do Trabalho. Dr. **Fausto dos Santos** informou que a próxima reunião da Câmara seria realizada no dia 2 de dezembro de 2004, quinta-feira, no Rio de Janeiro. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Dr. **Fausto dos Santos** agradeceu a presença de todos e encerrou os trabalhos da reunião.

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

- 763 Ministério da Fazenda
- 764 Ministério da Justiça
- 765 Ministério da Previdência e Assistência Social
- 766 Associação de Consumidores de Planos Privados e de Assistência à Saúde – ADUSEPS
- 767 Associação Médica Brasileira – AMB
- 768 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB
- 769 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 770 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 771 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN
- 772 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 773 Conselho Nacional de Saúde - CNS
- 774 Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
- 775 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
- 776 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 777 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 778 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 779 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOGE
- 780 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA



ATA DA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 05/10/04

- 781 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 782 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 783 Fundação PROCON - São Paulo (1ª vaga)
- 784 Fundação PROCON – São Paulo (2ª vaga)
- 785 Conselho Federal de Medicina – CFM
- 786 Confederação Nacional da Indústria – CNI
- 787 Central Única dos Trabalhadores – CUT
- 788 Força Sindical
- 789 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS
- 790 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais - AFB