

ATA DA QUADRAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA
DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS

ABERTURA – Às dez horas do dia nove de maio do ano de dois mil e seis, no Salão Arpoador do South America Copacabana Hotel, situada a Rua Francisco Sá, nº 90, na cidade do Rio de Janeiro, no estado de mesmo nome, iniciou-se a Quadragésima Terceira Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras (DIOPE/ANS), Dr. **Gilson Caleman**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **José do Vale Feitosa**, Diretor-adjunto de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dra. **Rosa Lages**, da Gerência-Geral de Integração com o SUS (GGSUS/DIDES/ANS); Dr. **Bruno Sobral**, do Ministério da Fazenda; Dr. **Sérgio Ricardo Santos Rosa**, do Ministério da Previdência e Assistência Social; Dr. **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardes**, do Ministério da Saúde; Dr. **Fernando Agostinho Cruz Dourado**, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Dr. **José Mário Morais Mateus** ; Dr. **Eduardo de Oliveira**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **Dante Montagnana**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e Dr. **Adriano Matheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC); Dr. **Márcio Serôa Coriolano** e Dr. **Marco Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr^a **Marília Ehl Barbosa** e Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, da UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Samir Dahas Bittar**, pela AMB, Associação Médica Brasileira; Dr. **Arlindo de Almeida** e Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, pela SINANGE, Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **Celso Corrêa de Barros** e Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr. **Carlos Roberto Squillaci** e Dr. **Randal Luiz Zanetti**, do SINOG, pelas Empresas de Odontologia de Grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e Dr.

34 **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dr.
35 **Paulo Arthur Lencioni**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SP; Dr. **Sérgio Augusto Werneck**
36 **de Almeida**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SJC; Dr^a **Ana Luisa Godinho Ariolli**, da PRO
37 TESTE, pelas Associações de Planos Privados de Assistência à Saúde; Dr^a **Josefa Renê Santos**
38 **Patriota**, da ADUSEPS, pela Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à
39 Saúde; Dr^a **Rosângela Santos**, da FARBRA, pelas Entidades de Portadores de Deficiências e de
40 Patologias Especiais; Dr^a. **Vera Lúcia de Vita**, da AFB, pelas Entidades de Portadores de
41 Deficiência e de Patologias Especiais. Estiveram também presentes, na condição de convidados:
42 Dr. Lúcio Rogério Gomes dos Santos, do Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde (FCFAS);
43 Dr. Orestes Mazzariol Júnior, da União das Empresas Médicas (UEME); e Dr. Samir Dahas Bittar, da
44 Associação Médica Brasileira (AMB). Dr. **Fausto dos Santos** deu início à reunião cumprimentando
45 os presentes. Justificou as ausências do Dr. José Leôncio Feitosa, Diretor da DIDES/ANS que, por
46 motivos particulares, ficara impedido de comparecer àquela reunião, e informou que a diretoria
47 estava representada pelo Diretor-adjunto, Dr. José do Vale Feitosa. Dr. Fausto justificou também
48 as ausências do Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical, que estava sendo
49 representado pelo Dr. **José Souza da Silva**; e do Dr. **José Carlos de Souza Abrahão**, da CNS,
50 representado pelo suplente Dr. **Dante Montagnana**. Na seqüência, Dr. Fausto passou às
51 considerações sobre a ata da 43^a Reunião, informando que haviam sido acatadas as alterações e
52 observações sugeridas pelo Márcio Coriolano, da FENASEG, pelo Dr. Celso Corrêa de Barros, da
53 UNIMED, pelo Dr. Egberto Miranda, da UNIODONTO, e pela Dr. Marília Barbosa, da UNIDAS. Dr.
54 Fausto perguntou aos presentes se havia mais alguma observação sobre o documento ao que o Dr.
55 Antônio Alarcon, da UNIODONTO, comentou que, nas linhas 210 e 211, a observação feita por ele,
56 para que fossem mostrados em separado os dados relativos aos indicadores de medicina e de
57 odontologia, justificava-se pela informação dada pelo Dr. Alfredo Scaff de que estes dados estavam
58 englobados. Dessa forma, apontou que no texto da ata estava escrito que somente os dados da
59 Medicina estava contemplados. Acatada a observação do Dr. Alarcon, a ata da 43^a Reunião foi
60 considerada aprovada. **INFORMES GERAIS** - Dr. **Fausto dos Santos**, em atenção a pedido do
61 Dr. Márcio Coriolano, da FENASEG, apresentado na reunião anterior da CSS, fez esclarecimento
62 sobre a posição oficial da ANS no que se refere aos dispositivos legais inscritos até aquela data,
63 tanto na lei quanto nos normativos da Agência, em relação às empresas que comercializam planos
64 individuais e coletivos. Dr. Fausto disse que na Lei 9.656/99, artigo décimo, parágrafo segundo,
65 existe um dispositivo legal sobre a obrigatoriedade da oferta do plano de referência. Acrescentou
66 que na Resolução Normativa nº 100, artigo treze, parágrafo quarto, e na Instrução Normativa
67 DIPRO nº 11, estava especificado que esse tipo de plano é pré-requisito em cada modalidade de

68 contratação. Nessa linha, o Presidente da ANS afirmou que não havia, no entanto, qualquer
69 dispositivo que obrigasse uma empresa a operar planos em todas as modalidades de contratação e
70 que, para fins de comercialização, os planos registrados que estejam em licitação de ativo em
71 alguma modalidade de contratação devem estar disponíveis para escolha do consumidor, físico ou
72 jurídico, devendo nesse caso existir a opção pelo plano referência. Segundo Dr. Fausto dos Santos,
73 para a ANS o que caracteriza um plano como ativo e habilitado para comercialização é a existência
74 da Nota Técnica de Registro do Produto. Dessa forma, destacou que o parágrafo quarto do artigo
75 terceiro da Instrução Normativa DIPRO nº 11 estabelece que, na hipótese de não atualização
76 dessa nota técnica na data de limite, altera-se a situação do plano para ativo, com comercialização
77 suspensa ao final de um ano. Esclareceu que, nesse caso, é mantida a assistência para os
78 contratos já firmados e vedadas novas comercializações, tendo em vista que a comercialização do
79 plano já estava suspensa. Complementou afirmando que essa mesma alteração pode ser requerida
80 pela operadora quando ela optar por não comercializar um produto com Nota Técnica ainda
81 vigente. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, agradeceu o esclarecimento ao Dr. Fausto
82 mas considerou que ainda restavam algumas dúvidas. afirmou que para ele estava claro que a
83 oferta do plano referência era obrigatória em face das segmentações estabelecidas pela ANS por
84 ocasião da primeira medida provisória, quando fora mudada a lei e criado esse tipo de plano.
85 Acrescentou que, de acordo com a lei, desde que a empresa oferecesse obrigatoriamente o plano
86 de referência, isso nada tinha a ver com a comercialização dele ou não. Dessa forma, insistiu que a
87 sua dúvida ainda não havia sido esclarecida: se uma empresa que desejasse, por qualquer motivo,
88 interromper a comercialização do plano individual, se ela poderia ou não fazê-lo. Dr. **Fausto dos**
89 **Santos** explicou que se tratava da mesma alteração de situação em relação à Nota Técnica de
90 Registro de Produto, que pode ser requerida pela operadora quando ela optar pela não
91 comercialização e a Nota Técnica ainda estiver vigente. Informou que se essa nota vencer por
92 decurso de prazo e não for renovada no período de um ano, entra automaticamente como ativo,
93 com comercialização suspensa. Acrescentou que independente disso a empresa pode requerer a
94 qualquer momento a não comercialização. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, agradeceu a
95 explanação e Dr. **Fausto dos Santos** passou a palavra para a Dr^a. **Renê Patriota**, da ADUSEPS,
96 que considerou que o controle da ANS parecia ser mais intenso em relação aos produtos
97 individuais, diferente daqueles contratos coletivos dos planos administrados. Destacou que esse
98 fato deixava um pouco à margem as empresas que não mais desejavam comercializar tais
99 produtos. Dr. **Fausto** chamou a atenção para a existência de normativo da Agência que deixava
100 claro que a decisão de não mais comercializar era uma opção da empresa. **Dr^a Renê solicitou,**
101 **então, uma cópia do normativo da ANS para ser avaliada.** A representante da ADUSEPS

102 indagou se haviam secretários estaduais de saúde presentes e lembrou que o assunto em pauta
103 naquela reunião - Ressarcimento do SUS - fora solicitado na reunião anterior, conforme constava
104 nas linhas de 289 até 295 da respectiva ata. Dr. **Fausto** informou que haviam sido encaminhados
105 convites às Secretarias Estaduais de Saúde bem como a diretoria do CONASEMS para participação
106 no debate. Dr. **Fausto dos Santos** registrou a presença da representação dos Secretários
107 Municipais do Estado do Rio de Janeiro, bem como do Dr. **Fernando Agostinho Cruz Dourado**,
108 Secretário de Estado da Saúde do Pará e representante do CONASS na CSS. Em seguida, passou a
109 palavra ao Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, representante do CONASEMS na CSS para
110 prestar esclarecimento sobre a questão. Dr. Helvécio confirmou o convite à diretoria da entidade
111 assim como ao seu representante formal titular e explicou que, em razão da coincidência de datas
112 daquela reunião com o Congresso do CONASEMS na Região Sudeste, que estava ocorrendo em
113 Guarulhos, a participação de secretários municipais de saúde ficara prejudicada, em especial
114 daqueles da região Sudeste, que têm maior possibilidade de deslocamento. Dr^a **Renê Patriota**,
115 da ADUSEPS, disse que entendia a justificativa mas que ainda assim gostaria de deixar registrado o
116 seu protesto pela ausência dos secretários, comentando que iria divulgar o fato à imprensa pois
117 considerava que mesmo ocupados eles deveriam mandar representantes. Dr^a Renê comentou
118 sobre a falta de interesse dos secretários estaduais pelo tema “ressarcimento do SUS”, que ela
119 considerava de vital importância para o sistema de saúde, ao mesmo tempo em que lamentou que
120 as únicas presenças fossem a do Secretário Estadual de Saúde do Pará e da representação dos
121 municípios do estado do Rio de Janeiro. Solicitou que isso ficasse registrado em ata. Prosseguindo
122 a reunião, Dr. **Fausto dos Santos** registrou ainda a presença dos estados de Mato Grosso e Bahia
123 e passou a palavra ao Dr. **Fernando Dourado**, do CONASS, para esclarecimento. Dr. Fernando
124 revelou que no mês anterior, na última assembléia da entidade, haviam sido indicados os
125 representantes para cada instituição/órgão, e que na ocasião ele fora reeleito para representar o
126 CONASS no âmbito daquela Câmara. Comentou ainda que devido a grande importância dada ao
127 tema “ressarcimento”, alguns técnicos estavam presentes àquela reunião, em caráter
128 extraordinário, para representar os secretários de saúde de alguns estados, principalmente aqueles
129 que têm assento na diretoria do CONASEMS. Acrescentou que o referido tema vinha sendo
130 colocado em pauta na assembléia do CONASS, ao mesmo tempo em que enfatizou que se tratava
131 de um processo em construção que já apresentava avanços, e que era intenção da entidade
132 participar mais intensamente desse processo. Dessa forma, referindo-se à Dr^a Renê Patriota, da
133 ADUSEPS, afirmou que não achava justo nem honesto que fossem feitas críticas aos secretários
134 estaduais de saúde, uma vez que não se podia deliberadamente querer que a situação mudasse
135 radicalmente de um momento para outro. No que refere à reduzida presença de secretários

136 municipais de saúde, mencionada pela Dr^a Renê, Dr. Fernando Dourado frisou que a gama dos
137 cinco mil e seiscentos municípios do país estava representada na CSS pelo Dr. Helvécio Miranda,
138 da diretoria do CONASEMS. Dr^a **Renê Patriota**, ADUSEPS, disse não aceitar a palavra “honesta”
139 dita pelo Dr. Fernando, alegando que estava se referindo à ausência de representantes dos
140 estados e não à qualidade da representação do CONASS. Acrescentou que ficara claro na reunião
141 anterior que os secretários dos estados compareceriam àquela reunião; por essa razão, sentia que
142 houvera desatenção dos gestores e que essa sua observação não era desonesta, mas sincera. Dr.
143 **Fausto dos Santos** esclareceu a Dr^a Renê que, do ponto de vista formal, o Dr. Fernando é o
144 representante de todos os secretários estaduais na CSS, assim como havia várias outras entidades
145 que representam um conjunto. Concluídos os informes gerais, Dr. Fausto passou ao primeiro ponto
146 de pauta. **ITEM 1 – RESSARCIMENTO DO SUS POR PARTE DAS OPERADORAS** – O Diretor-
147 adjunto da DIDES/ANS, Dr. José do Vale Feitosa, introduziu o assunto abordando duas questões
148 preliminares. Afirmou que o ressarcimento é uma obrigação constitucional e que a lei determinara
149 que a ANS fizesse esse trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a Agência
150 vinha atuando de acordo com as regras mas colocara também algumas regras operacionais com
151 base na mesma lei. A segunda questão apontada foi em relação ao trabalho da Agência, que é
152 realizado com base nas AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) do SUS, cujos dados são
153 processados pelo sistema do Datasus e apresentados a ANS, que efetuava o cruzamento com o
154 banco de dados dos beneficiários, de modo a identificar os beneficiários coincidentes com as AIHs.
155 Dr. José do Vale enfatizou que esse processo utilizava uma metodologia avançada, que permitia
156 cruzamentos bastante consistentes com os sistemas de informação do Ministério da Saúde, a
157 exemplo dos sistemas de mortalidade e de nascidos vivos, entre outros. Acrescentou que para
158 evitar falhas de informação, a Agência utilizava um sistema de críticas e filtros a fim de evitar, o
159 máximo possível, erros de identificação de beneficiários. Feitas essas considerações, o Diretor-
160 adjunto da DIDES/ANS passou a palavra a Dr^a Rosa Lages, Gerente Geral de Relação com o SUS,
161 para apresentar o resultado alcançado ao longo de três anos de trabalho. Dr^a Rosa comentou que
162 os dados a serem apresentados correspondiam a um resgate feito desde 1999 até dezembro de
163 2005 e de 1999 até fevereiro de 2006. Com relação à expectativa da presença dos secretários de
164 saúde, a gerente disse que o ressarcimento ainda era assunto desconhecido pela maioria dos
165 gestores e que era preciso divulgar mais as informações sobre o mesmo. Como forma de ampliar o
166 conhecimento sobre o tema, revelou que a ANS vinha disponibilizando, desde dezembro de 2005,
167 em sua *homepage*, o “Caderno de Informações do Ressarcimento e da Integração com o SUS”,
168 uma publicação bimestral. Revelou ainda que esse Caderno era oferecido em disquete aos
169 participantes de todas as oficinas da ANS e que, a cada dois meses, a Agência estaria

170 encaminhando a publicação para todas as secretarias estaduais de saúde, representantes do
171 Ministério da Saúde, da Câmara de Saúde Suplementar, entre outros. A gerente da DIDES iniciou a
172 apresentação dos slides falando sobre os desafios de efetivar ressarcimento ao SUS, de melhorar
173 os índices de ressarcimento e a sistemática de análise. Comentou que as perspectivas estavam
174 relacionadas à mudança no foco dado ao ressarcimento, que deixara de ser apenas tratado como
175 instrumento de reposição ao erário público pelo uso do Sistema Único de Saúde por beneficiários
176 de planos privados de saúde e passara também a ser considerado um instrumento de regulação,
177 na medida em que serve de tutela preventiva entre o beneficiário de plano e seu contrato com a
178 operadora. Assim, sob essa perspectiva de regulação, Dr^a Rosa destacou que era também possível
179 avaliar o ressarcimento como instrumento de regulação entre operadora e a rede prestadora de
180 serviço, tendo em vista que ele permitia identificar a superposição de uso da rede contratada por
181 prestadores do sistema da saúde suplementar. Rosa Lages destacou que a proposta apresentada
182 pela ANS visa principalmente a estabelecer um novo foco para o ressarcimento ao SUS: promover
183 o deslocamento de uma metodologia baseada na valoração apenas pela TUNEP (Tabela Única
184 Nacional de Equivalência de Procedimentos) para uma metodologia na qual se qualifica e quantifica
185 o uso da rede SUS pelos beneficiários de planos privados de saúde. Dr^a Rosa mostrou o aumento
186 em 38,32% da identificação de beneficiários no uso do SUS e chamou a atenção para o fato de
187 que a concentração de beneficiários identificados era mais elevada na região Sudeste, onde estava
188 localizada a maioria das operadoras, e mais baixa, na região Norte. Observou ainda que, ao
189 contrário do que se costumava imaginar, o ressarcimento ao SUS das internações hospitalares é
190 residual. Acrescentou ainda que o número de atendimentos impugnados mantinha-se no mesmo
191 patamar (média de 78%). Dr. **Fernando Dourado**, do CONASS, pediu esclarecimento sobre o
192 significado de “beneficiários identificados”, ao que Dr^a. Rosa explicou que são aqueles que, após o
193 cruzamento dos bancos de dados do sistema de informações hospitalares com o de cadastro de
194 beneficiários de planos, a Agência identifica como sendo os beneficiários que usaram o Sistema
195 Único de Saúde. Prosseguindo, Rosa Lages apontou, em relação à evolução da análise do
196 ressarcimento, o aumento de 61% das análises efetivadas e comentou que houvera mudança
197 considerável entre o número de deferidos da primeira à nona ABI (75%) e de indeferidos (64,5%),
198 em relação à décima ABI (Autorização de Beneficiários Identificados). Destacou que esse grande
199 avanço era resultado da melhoria no cadastro e do processo de identificação dos beneficiários que
200 realmente usam o Sistema Único de Saúde e têm cobertura para aquele procedimento identificado.
201 Enfatizou ainda o significativo aumento do índice de análise, e explicou que toda vez que a Agência
202 identificava os beneficiários era enviada uma notificação às operadoras, informando-as sobre o
203 dado identificado em contraposição aos beneficiários no uso do SUS naquela competência.

204 Esclareceu que cada competência geralmente se referia a três meses, de modo que, a partir
205 daquele momento, a operadora tinha 35 dias úteis para impugnar ou não o ressarcimento ao SUS.
206 Acrescentou que, até aquela data, o patamar de não impugnação estava em 22% e o de
207 impugnação, em 72%, e frisou que ANS continuava assegurando o direito da ampla defesa para
208 todas as operadoras. Quanto à evolução do ressarcimento, informou que já haviam sido realizadas
209 cobranças de 310 mil procedimentos, apesar de terem sido identificados 804 mil beneficiários que
210 usaram o SUS. Explicou que isso se devia ao fato de que nem todos os procedimentos identificados
211 eram susceptíveis de cobrança pelo ressarcimento, mas somente aqueles que eram indeferidos
212 após a análise e aqueles não impugnados pelas operadoras, uma vez que estas já haviam
213 constatado que os respectivos beneficiários não tinham o direito de usar o Sistema Único de
214 Saúde. Dr^a Rosa mostrou que, de acordo com dados da DIDES/ANS, de fevereiro de 2006, a
215 situação da cobrança pelos atendimentos identificados era a seguinte: havia 28 mil por cobrar; 227
216 mil estavam em processo de cobrança; 29 mil 863 haviam sido cobrados; e 24 mil atendimentos
217 haviam sido cobrados em processo judicial. A gerente da DIDES ressaltou que a cobrança de
218 ressarcimento em relação ao Sistema Único de Saúde era bastante significativa. Na sequência, Dr^a
219 Rosa mostrou a evolução do cruzamento e cobrança de ABI e chamou a atenção para a acentuada
220 queda registrada na evolução da identificação a partir de janeiro de 2003, quando fora introduzida
221 uma modificação na metodologia, que passou a incluir a realização de um processo de pré-análise
222 antes da notificação de ABI. Assim, toda a operadora cujo cadastro de beneficiários apresentasse
223 inconsistências recebia um requerimento de informação, para complementação dos dados que
224 faltavam em seu cadastro. Dr^a Rosa contou que essa pré-análise vinha demonstrando que a
225 grande maioria das cobranças de ABI seriam indeferidas pois os documentos encaminhados à
226 Agência não eram significativos e, conseqüentemente, não trariam mudança no processo de
227 análise. Dessa forma, esclareceu que a queda mencionada devia-se ao fato de que haviam sido
228 considerados os procedimentos em pré-análise, mas que o patamar mantinha-se em torno de 45
229 mil. Com relação à partilha do ressarcimento ao SUS, Rosa Lages apresentou os valores recebidos
230 e partilhados: até fevereiro de 2006, a ANS tinha recebido R\$ 72.358.725, sendo que 91,4% desse
231 valor (cerca de R\$ 66 milhões) já haviam sido partilhados. Lembrou ainda que o parcelamento
232 tivera início somente a partir de 2002, e que a ANS ainda tinha saldo de operadoras que não
233 haviam concluído o pagamento das parcelas devidas. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG,
234 pediu esclarecimento sobre qual o montante efetivamente cobrado e pago pelas empresas. Rosa
235 Lages mostrou no slide que, em dezembro de 2005, R\$ 315 milhões haviam sido cobrados, mas
236 que apenas R\$ 72 milhões haviam sido efetivamente pagos, o que equivalia a cerca de 15%.
237 Continuando a apresentação, Dr^a Rosa declarou que em 2006 já haviam sido partilhados R\$ 4,3

238 milhões, que correspondia a um saldo existente na conta. Explicou que do montante partilhado de
239 R\$ 66 milhões, 38% haviam sido encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde, de modo a compor o
240 recurso da FAEC (Fundo de Ações Estratégicas) do Ministério da Saúde, que paga os
241 procedimentos de alta complexidade da rede de assistência à saúde do SUS, quer seja pública ou
242 contratada. Acrescentou que o restante daquele recurso fora distribuído a prestadores de
243 atendimento à saúde no âmbito do SUS (contratado, próprio, universitário, federal, estadual,
244 municipal, filantrópico, sindicatos e outros), sendo que o filantrópico concentrara a maior parcela
245 (18%). Rosa Lages falou sobre como a partilha estava sendo efetivada no país: o estado de São
246 Paulo detinha a maior parte dos recursos partilhados (20%), seguido de Rio de Janeiro (8%),
247 Minas Gerais (5%) e Bahia (5%). Observou ainda que os estados do Pará e do Amazonas, onde se
248 encontra o menor contingente de operadoras do Brasil, apresentavam o menor índice de
249 ressarcimento. No que se refere à forma de cobrança do ressarcimento, contou que era efetuada
250 por meio de Notificação ao CADIN (Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor
251 Público Federal), instrumento cuja utilização a Agência vinha buscando intensificar a partir de
252 2003. Revelou que até aquela data haviam sido realizados 6.048 eventos de notificações, frisando
253 que esse número não correspondia à quantidade de empresas notificadas, tendo em vista que
254 várias operadoras constavam de mais de um ABI (Aviso de Beneficiários Identificados). Em termos
255 de avaliação analítica do ressarcimento, Dr^a Rosa destacou que os partos ocupam o primeiro lugar
256 entre os procedimentos identificados, sendo que o parto normal chega a mais de 16% na
257 identificação de beneficiários de planos. Outro dado destacado foi a proporção de parto cesáreo:
258 enquanto que no SUS são realizados 28% desse tipo de procedimento, na saúde suplementar o
259 índice subia para 84%, muito acima do índice de 15% preconizado pela OMS (Organização Mundial
260 da Saúde). Rosa Lages contou que os procedimentos estudados foram organizados e agrupados
261 em 17 grupos, esclarecendo que todas as análises haviam sido realizadas apenas nos
262 procedimentos que após o processo de análise foram considerados aptos para cobrança. Aduziu
263 que como resultado desses estudos fora possível verificar que o valor médio do atendimento
264 identificado nos beneficiários do plano possuía valor mais baixo do que em relação aos
265 beneficiários de operadora. Com isso, subentendia-se que as pessoas que realmente procuram o
266 SUS apresentam em geral patologias mais complexas e precisam, assim, de atendimento específico
267 mais especializado. Outro dado apontado pela gerente foi o comparativo de tempo médio de
268 permanência: mais elevado para os beneficiários de planos de saúde do que para os usuários do
269 SUS em todas as clínicas, a exceção da pediatria (4,7 dias na saúde suplementar e 5,3 dias no
270 SUS), sendo que esses dados referiam-se ao período de 1999-2004. Dr^a Rosa comentou que um
271 dos objetivos desses estudos era identificar o que vinha ocorrendo em relação a alguns dados

272 observados, a exemplo dos partos cesáreos, cuja avaliação de proporção no SUS era de 28,21%,
273 no ressarcimento de 39,38%, na saúde suplementar 84%, e na proposta do Ministério da Saúde,
274 25%. Ressaltou que esses aspectos faziam parte do processo de discussão com vistas a promover
275 a integração do setor de saúde suplementar no SUS. Revelou que estava sendo também realizado
276 estudo sobre os procedimentos de alta complexidade, a partir do cruzamento do banco de dados
277 das APACs do SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais) do Datasus/MS com o SIB
278 (cadastro beneficiários de planos privados de saúde da ANS) no período de janeiro a junho de
279 2005, sendo que nesse estudo foram excluídos os grupos 10, 21 e 36 (ortodontia, órteses/próteses
280 e medicamentos de uso domiciliar). Acrescentou que haviam sido utilizadas as seguintes variáveis:
281 quantidade e valor dos procedimentos, unidade federada, região, sexo, porte, classificação da
282 operadora e vigência do plano. A distribuição de frequência por porte de operadora mostrou que
283 entre as de porte III (de 10.001 a 100.000 beneficiários) haviam sido identificadas 639.361 APACs
284 (47% do total de autorizações identificadas) em seus respectivos beneficiários; 510.175 APACs
285 (41%) entre as operadoras de porte V (com mais de 200.000 beneficiários); e 167.771 APACs
286 (12%) no conjunto de operadoras de porte IV (entre 100.001 e 200.000 beneficiários). Destacou
287 que em relação à modalidade da operadora o estudo desmonstrara a seguinte situação: maior
288 concentração nas cooperativas médicas (45%) e nas medicinas de grupo (24%). Frisou que em
289 todo o estudo a estrutura de ressarcimento, seja em um ambulatório ou em internações
290 hospitalares, apresentava o mesmo perfil. Revelou ainda que havia sido registrado um total de
291 1.653.576 de APACs identificadas em beneficiários de planos privados de saúde, sendo que o
292 valor destes procedimentos fora R\$ 110.184.078,11. Disse que o total de APACs identificadas
293 correspondia a 0,8% do total de APACs autorizadas pelo Ministério da Saúde para o período de
294 janeiro a junho de 2005, quando fora realizado o referido estudo, e que o valor dos procedimentos
295 representava 4,5% do total de APACs pagas pelo SUS no mesmo período. Mostrou que a maior
296 concentração de APACs identificadas era para terapia renal substitutiva (49%), que passara a ser
297 denominada “nefrologia” na nova tabela do Ministério da Saúde, seguida por quimioterapia (42%),
298 patologia clínica (2%) e outros (7%). A maior concentração de APACs identificadas em
299 beneficiários de planos privados de saúde ocorrera nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio
300 de Janeiro, que juntos, representavam 65% do total de APACs utilizadas; por região a
301 concentração era a seguinte: Sudeste (67,9%), Nordeste (14,5%), Sul (11,5%), Centro-oeste
302 (3,0%) e Norte (1,2%). Ressaltou que os homens (55,2%) utilizavam mais APACs dos planos
303 privados em relação às mulheres (44,8%), sendo que o procedimento mais utilizado por eles era a
304 terapia renal substitutiva e por elas, a quimioterapia, em razão de câncer de mama e de colo de
305 útero. Dessa forma, evidenciou que os procedimentos de terapia renal substitutiva (49,5%),

306 quimioterapia (41,9%) e patologia clínica (1,5%) representam 93% dos valores totais a serem
307 ressarcidos. Informou que os valores médios de APACs eram maiores que a média nacional nas
308 seguintes modalidades de operadoras - cooperativa médica, autogestão, filantropia, seguradora e
309 odontologia de grupo - e que a utilização mais expressiva ocorria entre os beneficiários de planos
310 antigos (aproximadamente 51%). Na sequência, Dr^a Rosa passou a apresentar a nova metodologia
311 do ressarcimento, resultado de um esforço da Agência em simplificar o método até então utilizado,
312 o qual devido à sua complexidade, demandava trabalho exaustivo não só por parte da Agência mas
313 também das operadoras. Revelou que a nova proposta vinha sendo debatida em oficinas da ANS e
314 que em breve seria apresentada sob a forma de RN e colocada sob consulta pública para depois
315 ser implantada. Contou que a nova metodologia visava a aprimorar o processo de ressarcimento
316 ao SUS, qualificando-o na medida em que se passaria a trabalhar com o quantitativo de
317 beneficiários identificados e com um índice de utilização ancorado no tipo de procedimento
318 utilizado na rede do SUS. Acrescentou que os outros objetivos eram modificar a sistemática de
319 valoração e melhorar os índices de ressarcimento (que naquela data era de 16%) os quais, até
320 então, não passavam pela governabilidade da ANS, mas somente a cobrança, cujo índice estava
321 em torno de 92%. Disse que essa nova proposta estava baseada em dois índices - o de
322 complexidade e o de utilização. Explicou que o índice de utilização correspondia ao número
323 esperado de internações hospitalares em relação à quantidade de beneficiários ativos das
324 operadoras, e que o índice de complexidade estava relacionado ao grau de complexidade do
325 procedimento principal (baixo, médio, alto). Assim, pela aplicação do índice de complexidade, os
326 atendimentos identificados não impugnados terão a respectiva cobrança calculada pela aplicação
327 do índice de complexidade sobre o valor SIH/SUS, substituindo-se a tabela TUNEP pela tabela do
328 SUS. Pela aplicação simultânea dos índices de utilização e de complexidade, os atendimentos
329 identificados e impugnados, indeferidos após o processo de análise, serão calculados através da
330 aplicação dos dois índices sobre o valor da tabela SIH/SUS. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS,
331 pediu esclarecimento sobre as tabelas mencionadas e se o ressarcimento teria que
332 necessariamente tê-las como base. Dr^a **Rosa Lages** respondeu que a tabela do Sistema Único de
333 Saúde é gerada pelo Datasus e atualizada sistematicamente, explicando que a nova metodologia
334 irá utilizá-la com dois índices, o de utilização e de complexidade. Pelo índice de utilização, quem
335 muito usar o SUS, paga mais; quem menos usar, paga menos. Pelo índice de complexidade, quem
336 usa os procedimentos mais complexos tem que pagar pelos mesmos. Dr. **Fausto dos Santos**
337 complementou dizendo que a proposta era utilizar a tabela do SUS como referência para ambos os
338 índices e extinguir a TUNEP. **Rosa Lages** acrescentou que essa nova metodologia ajudará a
339 Agência reguladora, as próprias operadoras e o Sistema Único de Saúde, na medida em que a

340 referência passaria a ser única. Comentou que a aplicação do índice de utilização tem como base
341 a Portaria GM/MS nº 1.101/02, que preconiza o percentual de internação/ano em 7% a 9% da
342 população. Afirmou que futuramente poder-se-ia utilizar o parâmetro real das operadoras, que
343 girava em torno de 14% de internação ao ano, ressaltando, entretanto, que o cálculo apresentado
344 baseara-se no percentual de 9%. Explicou que o índice de utilização seria o quociente da divisão
345 entre o total de atendimentos identificados na operadora e o total de beneficiários ativos da
346 operadora multiplicado por 9% da população. Acrescentou que os índices seriam calculados e
347 recairiam em faixas de utilização: fraca ou residual (1.10); baixa (1.25), média (1.50), alta (1.75) e
348 forte (2.0), observando que o fator de reação fora definido de modo a evitar equivalência com
349 tabelas do SUS. Desse modo, nenhum atendimento identificado seria igual ao da tabela do SUS e
350 teria sempre um índice de correção que não ultrapassaria a relação média vigente entre a TUNEP e
351 a tabela SIH/SUS. Revelou que o índice de complexidade quando usado por modalidade de
352 operadora resulta num perfil de utilização, sendo que as medicinas de grupo eram as que mais
353 usavam, seguidas pelas cooperativas médicas e pelas filantrópicas. Ressaltou que a grande
354 maioria dos procedimentos identificados estava na faixa de média complexidade, na qual existia
355 demanda reprimida no Sistema Único de Saúde. Assim, em todas as modalidades de operadora o
356 índice de média complexidade era o mais utilizado por todos os beneficiários de plano identificados
357 e a medicina de grupo era sempre dominante em todas as faixas de complexidade (alta, média e
358 baixa). Quanto aos fatores críticos de sucesso, esclareceu que os cadastros de beneficiários, de
359 produtos e de operadoras deveriam estar consistentes e fidedignos e que o índice de complexidade
360 será sempre calculado a partir da notificação de ABI do ano anterior e o índice de utilização será
361 balizado pelo uso no ano anterior. A classificação de complexidade dos procedimentos principais
362 basear-se-á na tabela de SIH/SUS, devendo ser atualizada permanentemente. Com a aplicação da
363 nova metodologia, Rosa Lages afirmou que a Agência pretendia reduzir as impugnações por
364 contestação da TUNEP; qualificar o processo de cobrança tendo como referência a complexidade
365 do procedimento principal do serviço prestado pela rede SUS aos beneficiários da operadora, com
366 um valor do ressarcimento ao SUS mais justo para operadoras, estabelecido com base no uso
367 efetivo da rede SUS por seus beneficiários de planos privados de saúde. Concluiu reiterando que a
368 proposta apresentada visa principalmente a estabelecer um novo foco para o ressarcimento ao
369 SUS, com ênfase na qualificação e quantificação do uso da rede SUS pelos beneficiários de planos
370 privados de saúde. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, apresentou uma questão de ordem: solicitou
371 cópia da apresentação que acaba de ser feita pela Dr^a Rosa ao que o Dr. **Fausto dos Santos**
372 respondeu que encaminharia cópias para todos posteriormente, pois naquele momento era
373 operacionalmente impossível fazê-lo. Em seguida, abriu a palavra para comentários dos presentes.

374 Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, indagou se fora averiguada a razão pela qual os usuários de
375 planos de saúde utilizam o Sistema Único de Saúde. Dr. **Fausto dos Santos** esclareceu que essa
376 informação era capturada a partir dos sistemas de informações gerados no atendimento do SUS e
377 não diretamente no momento do atendimento, justamente para evitar algum tipo de discriminação
378 positiva ou negativa ao beneficiário. Dr. **Samir Dahas Bittar** sugeriu, então, que essa captura de
379 informação fosse buscada diretamente junto ao usuário através de um trabalho voltado para esses
380 pacientes. Alegou que teoricamente nenhum usuário de planos de saúde deixaria um atendimento
381 em clínica particular, com médico que eventualmente possa escolher, para enfrentar uma fila de
382 SUS e ser ali mais um dentro do sistema. Comentou que o SUS é um sistema que tem sido
383 lamentavelmente, na grande maioria das vezes, tão ineficaz e desumano no atendimento e que
384 isso motivava os usuários a buscarem os planos de saúde. Argumentou que o conhecimento das
385 razões pelas quais esses usuários acabavam procurando o SUS forneceria subsídios para identificar
386 o que estava realmente acontecendo. Alegou que com o ressarcimento em 16%, o índice de
387 recuperação desse custo era muito baixo e que tal circunstância era danosa para o serviço público.
388 Por essa razão, melhor seria que os usuários fossem esclarecidos e as situações que os levaram a
389 buscar a rede pública fossem suprimidas. Acrescentou ainda que os baixos índices de remuneração
390 haviam praticamente destruído toda a rede de assistência privada do país que tinha dependência
391 do SUS e que a realidade era de uma devastação total. Dr. **Helvécio Miranda**, do CONASEMS,
392 chamou a atenção para dois aspectos em relação ao ressarcimento, para além da questão
393 financeira. O primeiro era o resultado obtido com a classificação dos bancos de dados, não só da
394 ANS como também do SUS, uma vez que isso possibilitaria desvendar vários caminhos tortuosos e
395 complicados do aparato regulador do SUS. O segundo aspecto referia-se à utilização da
396 informação, sobretudo como instrumento de regulação entre operadora e prestador, rede
397 prestadora e do SUS em relação à sua própria rede. Considerou que o fato de o ressarcimento ser
398 residual significava outro efetivo avanço, pois isso evidenciava uma leitura segura. Acrescentou
399 que o índice de 16% podia ser também entendido como uma dificuldade em cada uma das
400 respectivas etapas. Em relação ao perfil do ressarcimento, chamou ainda a atenção para o
401 aberrante fenômeno brasileiro do alto índice de cesarianas, especialmente na saúde suplementar.
402 Comentou que sempre acreditara que o índice do SUS era muito rigoroso devido a fatores como o
403 crescimento da prematuridade de partos em adolescentes, o que já justificaria uma flexibilização
404 do Ministério da Saúde, mas afirmou que o índice de 80% era inédito no mundo. Ressaltou o
405 volume extraordinário do montante de APACs registradas no período de janeiro a junho de 2005 –
406 R\$ 110 milhões – era um volume importante de recursos em qualquer lugar do mundo. No que se
407 refere à metodologia, argumentou que se houvesse um valor *per capita* por beneficiário corrigido

408 inversamente por fatores de utilização, esses tenderiam a ser menores e a diminuição do valor *per*
409 *capta* seria mais simples. Afirmou que precisava ser convencido de que essa metodologia era mais
410 razoável, equânime e justa, com relação às operadoras que possuísem ou não redes prestadoras
411 resolutivas e acessíveis. Solicitou esclarecimento sobre a seguinte questão: se a mudança de
412 metodologia estava na tabela e na inclusão do fator de correção. Dr^a **Rosa Lages** explicou que o
413 índice de complexidade seria aplicado no ato da notificação: se não houvesse impugnação, a
414 cobrança era feita por esse índice; no caso de impugnação, o procedimento seria esperar esgotar-
415 se todo o processo de impugnação da operadora, pois existiam erros que poderiam levar ao
416 cancelamento de muitas cobranças, de modo que somente depois é que seria gerada a notificação
417 das ABIs aptas para cobrança com os dois índices – de complexidade e de utilização. Dr. Helvécio
418 Miranda propôs então que, dada a complexidade do tema, a seriedade do trabalho da equipe da
419 ANS e a importância para o SUS, fosse criado, além da consulta pública, um grupo de trabalho
420 integrado por gestores municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Alegou que a consulta pública
421 era uma ferramenta de democratização mas que não possibilitava um retorno quanto às
422 colocações e sugestões apresentadas. Ressaltou que não se tratava de uma crítica às agências (no
423 caso Anvisa e ANS) que se utilizavam desse instrumento mas ao mecanismo deste em si. Revelou
424 que o CONASEMS já havia apresentado ao Ministro da Saúde proposta para que a alocação dos
425 recursos do ressarcimento fosse mais efetiva de modo a ter impacto no sistema de saúde
426 brasileiro, trazendo benefícios na oferta e na qualidade, com distribuição feita mediante plano de
427 aplicação a ser publicamente acompanhado pelos conselhos de saúde, pela Câmara de Saúde
428 Suplementar e pela Comissão Intergestores Tripartite. Dessa forma, enfatizou que esse poderia ser
429 o início de um planejamento integrado, SUS e saúde suplementar, por uma rede prestadora de
430 ambos os sistemas. Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, utilizou das palavras utilizadas pela Dr^a
431 Rosa Lages para afirmar que o ressarcimento era um “ilustre desconhecido” de todos – da ANS,
432 dos médicos, dos gestores. Conclamou a Agência a responder quantos hospitais públicos no estado
433 de Pernambuco haviam se utilizado do ressarcimento e da quantidade de recursos pagos pela
434 Bradesco, que Dra. Rosa classificara como sendo boa pagadora, como ressarcimento ao Hospital
435 da Restauração, no Recife. Dr. **Fausto dos Santos** respondeu que a ANS dispunha dessa
436 informação, CNPJ por CNPJ. Dr^a **Renê** aquiesceu e, referindo-se à fala do Dr. Helvécio Miranda,
437 disse que a vontade política de todos os atores tinha que ser determinante no ressarcimento e que
438 os recursos deveriam ir diretamente para a unidade que prestara o serviço e para o estado que
439 havia se utilizado de seu orçamento, principalmente para as unidades de emergência. Citou como
440 exemplo o Hospital da Restauração, que vinha sendo penalizado recebendo muitas vezes pacientes
441 de planos de saúde. Afirmou que o problema da rede pública era de oportunidade, pois quando o

442 paciente era atendido na emergência em condições precárias ele achava o atendimento ruim, mas
443 que quando era atendido em uma unidade especializada dessa mesma rede, o atendimento era
444 considerado bom. Solicitou esclarecimento a Dra. Rosa sobre a proporcionalidade dos valores
445 propostos em relação à tabela SIH/SUS, argumentando que a tabela do SUS não cobria nem os
446 custos dos serviços. Dra. **Rosa** reiterou que se tratava de uma proposta ao que Dr^a **Renê** insistiu
447 que esses valores fossem discutidos e alertou sobre a necessidade de fazê-lo de forma integrada –
448 CSS e Conselho Nacional de Saúde - a fim de evitar que os usuários passassem por
449 constrangimentos. Prosseguindo, Dra. Renê solicitou também esclarecimento quanto ao termo
450 “residual” e quanto ao critério utilizado pelas operadoras para impugnar as contas apresentadas e
451 se existia algum órgão de defesa do consumidor que também analisava o motivo da impugnação.
452 Comentou que se a impugnação fosse apenas contratual ela era falha, pois nos contratos antigos
453 haviam sido detectadas cláusulas abusivas com limitação extensa para internações. Perguntou
454 ainda qual empresa mais havia impugnado valores e como era feito o ressarcimento por parte de
455 empresas de medicina de grupo em relação a contratos anteriores a lei 9.656, uma vez que esses
456 contratos diziam que os pacientes com problema de alta complexidade deveriam ir imediatamente
457 para o SUS. Classificou o percentual de 61,4% atribuído à região Sudeste como “naturalmente
458 previsível” e que as pessoas do Norte tinham menos poder aquisitivo para obter planos de saúde.
459 A representante da ADUSEPS sugeriu que, como parte da nova proposta, fosse adotado o uso de
460 questionário para verificar se o paciente que chega a rede pública possui ou não um plano de
461 saúde, de modo a verificar se ele teria ou não direito ao procedimento na rede privada; assim o
462 próprio hospital o encaminharia. Conclui alegando que essa seria uma forma de saber exatamente
463 o que o serviço que prestou o atendimento saber quanto gastou e ser ressarcido na mesma
464 proporção do gasto. Dr^a. **Rosa Lages** respondeu que, com relação ao ressarcimento, a ANS
465 cobrava R\$ 431 milhões e só havia recebido R\$ 72 milhões; logo, 16% correspondiam apenas aos
466 valores efetivamente pagos e não ao débito do ressarcimento. Dirigindo-se ao Dr. Helvécio, disse
467 que a criação do grupo para debater a nova metodologia era de extrema importância e que essa
468 era inclusive uma prática da Agência. Esclareceu ainda que as impugnações eram feitas por meio
469 de processo administrativo e, na maioria das vezes, os motivos eram devido a carência, estar fora
470 da área geográfica de abrangência, procedimento não coberto pelo plano ou procedimento já pago
471 pela operadora. No que se refere às operadoras mais impugnadas, disse que a ANS tinha a
472 informação e poderia encaminhar posteriormente. Explicou ainda que a região Sudeste era a que
473 concentrava a maior rede de prestadores de serviço do país, daí a maior incidência de
474 ressarcimento ao SUS nessa região. Comentou que a sugestão relativa ao uso de questionário
475 antes do atendimento não poderia ser adotada, pois tanto a Constituição como a lei 8.080/90

estabeleciam que o acesso ao SUS era um direito universal, de forma que não se podia bloquear sob hipótese alguma o acesso de qualquer pessoa à rede pública. Dr^a. **Renê** redarguiu que havia sugerido que o paciente fosse identificado e não expulso do serviço. Dr. **Fausto** pediu a Dr^a. Renê que deixasse a Dra. Rosa terminar e depois fizesse as suas observações. Dra. **Rosa** continuou afirmou que o que estava em vigência era que o ressarcimento ao SUS devia ser encaminhado aos prestadores de serviços, destacando que existiam propostas do CONASEMS e do CONASS relativas a mudanças nesse retorno do ressarcimento ao SUS. **Rosângela Santos**, da FARBRA, indagou sobre a razão do alto índice de cobranças judiciais e que tipos de cobrança seriam essas. Pediu esclarecimento quanto à forma de apresentação dos procedimentos agudos para terapia renal substitutiva, alertando que havia apenas um parâmetro – o diagnóstico e o tratamento propriamente dito nas clínicas satélites para diálise – e que nenhuma referência ao tratamento crônico que era o continuado. Solicitou esclarecimento em relação à avaliação do transplante doador cadáver e do transplante doador vivo e expressou preocupação sobre a porta de entrada de pacientes portadores de patologia renal, uma vez que após ser avaliado na emergência, o tratamento era iniciado na unidade de diálise e esta nunca recebia o ressarcimento disso, o que comprometia em determinadas situações a qualidade do tratamento inicial. Reiterou que gostaria de saber mais detalhes sobre os parâmetros adotados tendo em vista a lógica de “quem usa menos, paga menos; quem usa mais, paga mais”. Considerou que a diálise era um tratamento caro e que a tendência era de aumentar o número de diagnósticos para diálise em função do incremento do número de casos de diabetes, hipertensão arterial e de hepatite C. Indagou também se o dado de 67,9% referia-se ao procedimento de terapia renal substitutiva na região Sudeste. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, abordou a questão do ressarcimento sob três dimensões: a forma de encaminhamento do assunto, o conceito desse modelo e o aspecto legal. Com relação ao encaminhamento, defendeu que, em face da complexidade, tornava-se cada vez mais necessário que os temas abordados na CSS fossem encaminhados aos membros com antecedência. Alegou que não se tratava de crítica à apresentação da Dra. Rosa, que classificou como excelente, mas de uma sugestão para que os participantes da Câmara pudessem se organizar melhor para um debate produtivo, trazendo perguntas. Manifestou apoio à sugestão para criação de grupo técnico, ou algo parecido, para aprofundar a discussão sobre o tema, para além da consulta pública. Ressaltou que essa sua avaliação era do ponto de vista conceitual, pois considerava que aquele era um espaço onde as pessoas podiam contribuir melhor. No que se refere à legalidade, disse que, considerando que existiam seguradoras que não pagavam, não ressarciam o SUS e depois recorriam à justiça, mostrou-se sobremaneira preocupado quanto aos argumentos relativos a enriquecimento ilícito. Perguntou como era possível às operadoras pagar

510 pelo ressarcimento ao SUS valores muito superiores ao que o próprio SUS recebia. Comentou que
511 isso iria aprofundar ainda mais as várias querelas de ações judiciais existentes em torno do SUS,
512 não somente em termos de garantia constitucional mas também devido aos valores praticados.
513 Declarou que entendia o ressarcimento como devolução e que a proposta apresentada não
514 representava devolução e sim penalidade. Disse que essa não parecia a melhor forma, mas insistiu
515 que estava apenas deixando registrado esse aspecto, que para ele não parecia ser o mais
516 importante. Chamou a atenção para o fato de que o modelo estava falho, com problemas, e que
517 isso estava evidenciado nas estatísticas apresentadas; por essa razão, concluiu que era preciso
518 abordar para não torná-lo mais complexo e suscetível a críticas e problemas futuros. Dr.
519 **Fernando Dourado**, do CONASS, afirmou que não concordava com a Dra. Rosa de que o
520 ressarcimento era desconhecido pelos gestores estaduais. Relatou que, desde 2004, o assunto
521 vinha sendo pautado no âmbito das assembleias do CONASS e que ele próprio havia iniciado
522 discussão com o Ministério da Saúde e que como resultado desse processo havia sido indicado
523 como representante da entidade naquela Câmara. Destacou que os gestores estaduais, mesmo
524 diante de tantos problemas, possuíam uma vantagem muito grande no SUS que era a pactuação
525 com os gestores que compunham o Sistema, contudo reconheceu que a discussão sobre o
526 ressarcimento no contexto dessa pactuação encontrava-se em um plano secundário, talvez em
527 razão da falta de interesse mais imediata e objetiva, posto que o ressarcimento não vinha sendo
528 realizado de forma correta. Explicou que os gestores de sistemas locais pagavam o procedimento
529 ao prestador imediato, no mês seguinte ao efetivamente realizado, de acordo com os dados
530 financeiros. O ressarcimento ao SUS era feito em um momento posterior com base na tabela
531 TUNEP, que possui valores maiores que os preconizados na tabela SIH-SUS. Explicou ainda que o
532 prestador ficava com a diferença entre o valor que ele já tinha recebido do SUS e o valor
533 ressarcido pela operadora com base na TUNEP. Acrescentou que a parte que deveria ser ressarcida
534 para o efetivo gestor estava sendo direcionada para o Fundo Nacional de Saúde e posteriormente
535 distribuída entre os gestores conforme o nível de gestão do sistema. Disse que talvez em razão
536 desse fato, o assunto não fosse considerado relevante para os secretários de saúde num contexto
537 de outras prioridades. Contou que por ocasião da assunção do Ministro Saraiva Felipe ficara
538 acertado, durante reunião com representantes dos três níveis de gestão do SUS, que o valor do
539 ressarcimento que historicamente vinha sendo repassado ao Fundo Nacional de Saúde seria
540 rateado em face das desigualdades regionais, mas que infelizmente isso não chegara a ser
541 efetivado. Dr. Fernando apontou também alguns paradoxos com relação aos dados apresentados.
542 Alertou para a discriminação em relação ao Norte devido ao baixo percentual de beneficiários
543 identificados, esclarecendo que essa região era onde o serviço público detinha a maior parte dos

544 serviços complexos e que era mais fácil encontrar no Sul e Sudeste serviços privados prestados
545 assistência de alta complexidade. Assim, apesar da menor número de beneficiários de planos de
546 saúde e de saúde suplementar, o sistema público arcava com a responsabilidade da maior parte da
547 população, inclusive dos beneficiários de planos pois não havia outra opção para que as
548 operadoras assumissem realmente o seu papel através de prestadores outros que não o poder
549 público. Referindo-se à fala do Dr. Samir Bittar, da AMB, observou que era preciso perceber o que
550 o SUS como sistema já havia alcançado. Em nível nacional, afirmou que o considerava como a
551 política pública que mais havia evoluído, especialmente nas questões de controle social e de outros
552 instrumentos de controle interno do sistema; em nível mundial, disse que o programa de
553 prevenção de doenças era tido como referência para outros países, a exemplo da cobertura vacinal
554 e de Aids. Mencionou ainda a posição do Brasil como sendo o segundo lugar mundial em número
555 de transplantes de órgãos. Expressou preocupação quanto ao motivo de contestação por parte das
556 operadoras e perguntou a Dra. Rosa quais eram as justificativas apresentadas para o não
557 pagamento de cobranças. Questionou ainda o não ressarcimento das APACs assim como a não
558 cobrança dessas por parte das operadoras, e se, em relação ao novo modelo preconizado, haveria
559 algum tipo de discussão sobre o ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais. Referindo-se à
560 fala do Dr. Helvécio, do CONASEMS, retirou a necessidade de discussão sobre o ressarcimento de
561 agravos de urgência e emergência. Afirmou que os dois parâmetros colocados pela Agência eram
562 interessantes e comentou sobre o baixo índice de ressarcimento, citando como exemplo o estado
563 do Pará, do qual era gestor, onde os gastos com recursos próprios na saúde para o ano de 2006
564 seriam R\$ 550 milhões. Exortou os presentes, em especial as operadoras de saúde, a realizar um
565 trabalho de parceria no sentido de corrigir as distorções identificadas, argumentando que muitas
566 das medidas implementadas com recursos do SUS – como vigilância sanitária, epidemiológica e
567 ambiental – eram extremamente benéficas às operadoras de saúde e que um ressarcimento justo
568 para todos poderia inclusive ajudar essas operadoras na efetivação de outras ações nas quais não
569 possuísem *know-how*, como a vigilância à saúde. Ressaltou que o SUS era para ele todo um
570 conjunto no qual não havia como separar o privado, o filantrópico, quem era o culpado; tendo
571 reiterado a necessidade de se analisar a situação dentro dessa perspectiva de que todos faziam
572 parte de um sistema único e que, portanto, era imprescindível a complementação e a ajuda mútua.
573 Dr. **Fausto dos Santos** passou a palavra a Dra. **Rosa** que, dirigindo-se à representante da
574 FARBRA, Rosângela Santos, esclareceu que as cobranças eram judiciais, informando que existiam
575 24.221 atendimentos em processo judicial, que dentre esses, 10.431 eram de operadoras em fase
576 de liquidação extra-judicial e que 13.790 cobranças suspensas por liminar, de forma que não era
577 possível a respectiva cobrança de ressarcimento ao SUS, o que perfazia total de R\$ 34 milhões.

578 Esclareceu ainda que nos 60% citados estavam embutidos todos os procedimentos de diálise,
579 hemodiálise e outros relacionados, englobando todos os procedimentos da APAC da nefrologia.
580 Frisou que o ressarcimento dessas APACs ainda não fora efetivado pois o sistema de ressarcimento
581 desses procedimentos estava em processo de remodelagem. Aduziu que, quanto à preocupação
582 relativa ao índice de utilização, o ressarcimento não atuava diretamente na relação entre
583 beneficiário e prestador de serviço e que o trabalho da ANS era identificar os beneficiários de
584 planos que utilizavam o SUS e notificar as operadoras o ressarcimento devido. Afirmou que se o
585 usuário continuaria a fazer ou não uso de determinada unidade de terapia intensiva isso ficava
586 principalmente a critério da operadora. **Rosângela Santos** reiterou que essa a sua preocupação
587 ao que o Dr. **Fausto** esclareceu que, nos planos novos, a terapia renal substitutiva fazia parte do
588 rol de procedimentos e que vencida a carência de dois anos a pessoa tinha cobertura integral;
589 enquanto que a maior parte dos planos antigos não cobria a terapia renal substitutiva. **Rosa**
590 **Lages** prosseguiu confirmando que a identificação apresentada incluía também os atos de
591 cobrança, de modo que havia cobertura para os procedimentos. Concordou com a sugestão do Dr.
592 Márcio Coriolano, da FENASEG, de se criar uma câmara para debater o tema e, em relação à
593 portaria de mudança do ressarcimento ao SUS, mencionada pelo Dr. Fernando Dourado, reiterou
594 que esse era um debate a ser conduzido pelo CONASS e CONASEMS, no sentido de se mudar
595 realmente a destinação desses recursos e que a ANS concordaria com qualquer decisão tomada
596 pelo Ministério da Saúde. Dra. **Rosângela Santos** lembrou a Dra. Rosa que ela se esquecera de
597 explicar se o transplante doador vivo estava contemplado na estatística apresentada, ao que a
598 gerente da DIDES disse que o dado englobava tudo e que posteriormente seria feito um corte.
599 Esclareceu ainda que os procedimentos ambulatoriais não seriam suscetíveis de ressarcimento
600 porque não era possível ainda identificá-los, posto que o nome do usuário constava apenas da
601 APAC e não do sistema de atendimento ambulatorial. Acrescentou que as internações hospitalares
602 eletivas haviam começado a serem ressarcidas a partir da última ABI. Dr. **Arlindo de Almeida**, do
603 SINAMGE, afirmou que era evidente que a entidade que possuía maior número de beneficiários,
604 além de leitos e serviços próprios, aparecesse com o maior número de ressarcimentos ao SUS, no
605 caso as medicinas de grupo, institutos e cooperativas. Destacou que o importante era saber o
606 respectivo percentual, mas que isso implicaria a identificação do usuário, procedimento que ele
607 sempre combatera pelo risco de discriminação. Explicou que a medicina de grupo possuía número
608 muito elevado de hospitais com leitos próprios e poderia facilmente remover esses pacientes, de
609 forma que entendia que a cobrança do ressarcimento nesse caso era cabível. Expressou o seu
610 estranhamento em relação ao percentual de cesáreas no SUS (28,1%) em comparação como o
611 percentual de ressarcimento de quase 40%. Reconheceu que houvera grandes problemas no

612 cadastro e com o processo de cobrança nas fases iniciais, quando até planos odontológicos haviam
613 sido notificados, mas que provavelmente haviam melhorado. Afirmou que levando em conta a rede
614 própria de serviços da medicina de grupo não havia razão para uma utilização maior do SUS. Dr.
615 **Sérgio Werneck**, do Procon/SP, reforçou o pedido para que fosse encaminhada também ao
616 Procon cópia de entendimento da ANS sobre a possibilidade de comercialização ou não de planos
617 individuais. Declarou que o problema no ressarcimento era assunto de extrema importância e que
618 a alegação de que os contratos antigos não possuíam cobertura acaba não tendo eficácia uma vez
619 que o código de defesa do consumidor podia ser aplicado a esses contratos. Portanto, era preciso
620 uma análise mais detalhada para saber se a negativa era ou não justificável. Perguntou, assim, se
621 essa análise já fora feita e de que forma. Nessa linha, colocou o Procon/SP à disposição da ANS
622 para auxiliar os técnicos no processo de aplicação do Código de Defesa do Consumidor em relação
623 aos planos de saúde, reforçando a parceria já estabelecida no projeto “Parceiros da Cidadania”.
624 Declarou que gostaria que a ANS voltasse a pensar com mais seriedade e até mesmo com maior
625 possibilidade de ação no sentido de criar mecanismos de adaptação e migração de contratos
626 antigos. Referindo-se à fala do Dr. Helvécio, concordou com o problema das consultas públicas,
627 questionando a eficácia destas e comentando sobre o baixo nível de participação, principalmente
628 da população, que era a parte mais interessada, justificando que, se pela sua cultura, o brasileiro
629 não costumava participar de reunião de condomínio nem de assembléia de consórcio, o que dizer
630 em relação à consulta pública. Argumentou que segundo as ouvidorias de outras Agências quem
631 mais participava das consultas eram os mais interessados no filão. Dessa forma, era mais
632 importante ter um estudo pautado em uma discussão técnica. Observou a necessidade de se dar
633 mais atenção aos paradoxos identificados do que simplesmente discriminar uma região em
634 comparação a outra. Alegou que se o ressarcimento na região Sul era menor isso não era pela
635 capacidade econômica da população em pagar por planos de saúde, mas porque o SUS
636 funcionava, chamando a atenção para o fato de que o foco era o fortalecimento do SUS. No que se
637 refere à metodologia do partilhamento, lembrou que não ficara claro como o percentual fora
638 definido e indagou por que São Paulo ficara com 20% sendo que possuía um percentual bem
639 maior de usuários de planos e também de habitantes em relação aos demais estados. Dr.
640 **Eduardo de Oliveira**, da FBH, reafirmou que o ressarcimento era bastante polêmico e lembrou
641 que já nos seus primeiros tempos como profissional de saúde existia uma ficha rosa destinada aos
642 pacientes do convênio empresa, com base na qual o governo seria ressarcido do atendimento.
643 Contou que naquela época para se ter o convênio empresa era preciso que o legislador autorizasse
644 as empresas; assim, o legislador e o governo devolviam às empresas uma parcela de seu
645 recolhimento e que isso autorizava moralmente a se ressarcir quando a operadora era insuficiente

na prestação do serviço e o operador recorria ao então existente INAMPS, atual SUS. Ressaltou que havia então um equilíbrio até que o governo decidira não mais restituir as empresas, problema que ainda persistia, visto que se criara um problema de cunho legal, que deveria ser clarificado. Disse que os dados apresentados apontavam para a necessidade de monitorar e controlar a migração de pacientes. Frisou que a criação da tabela TUNEP tivera uma finalidade punitiva e também de controle, revelando que ele e o Dr. Fausto haviam participado do processo. Contou que à época, já se discutia que a TUNEP deveria ser, no mínimo, entre duas a três vezes o valor do SUS. Disse temer que, com o valor de 1.1, pudesse ocorrer uma grande migração para o SUS, o que não seria lógico e significaria um retrocesso em relação ao caminho percorrido até então, razão pela qual os valores propostos precisavam ser revistos. Dirigindo-se ao Dr. Samir disse que o SUS podia ser a “menina dos olhos” de todos, mas que como os médicos não vinham sendo reajustados, o sistema tendia a apresentar problemas e que, mesmo na rede hospitalar privada, as reivindicações não vinham sendo atendidas. Afirmou que o sistema privado estava sofrendo no SUS, citando como exemplo um projeto do Ministério da Saúde, destinado a melhorar a rede de hospitais de pequeno porte - cuja quantidade no país é elevada – e que excluiu os hospitais lucrativos. Dr. **Adriano Londres**, da CNC, mencionou uma frase que ouvira em um evento na semana anterior – “Levar os direitos a sério quer dizer levar a escassez a sério” – para declarar que tinha a impressão de estar na encruzilhada entre o não cumprimento do ressarcimento no setor público e no setor suplementar, e que isso evidenciava a complexidade do tema e a necessidade de discuti-lo de forma mais ampla via câmara setorial, via reuniões, ou outro fórum. Ressaltou que até aquela data não havia ainda entendido o espírito do ressarcimento ao SUS, alegando que a única colocação que escutara naquela reunião era que o ressarcimento ocorria em função do direcionamento de operadoras para a rede pública. Reafirmou a posição que sempre defendera: se fosse comprovado esse direcionamento e, portanto, o não cumprimento contratual, o caminho a ser trilhado deveria partir das penalidades às operadoras omissas em vez de se partir das consequências geradas por essa omissão. Alertou para a urgência de se discutir o referido espírito de forma mais detalhada, tendo em vista que isso levaria a um caminho diferente do que estava sendo percorrido. Dr^a **Rosa Lages** confirmou que as medicinas de grupo constituíam o maior contingente de beneficiários e, portanto, o maior contingente de utilização da rede pública e contratada do SUS. Com relação aos comentários da Dr. Eduardo Oliveira, da FBH, disse que a discussão poderia ser ampliada e aprofundada em uma câmara específica e revelou que, antes daquela apresentação, já havia discutido com a Procuradoria da ANS como o assunto poderia ser tratado. Em relação ao Dr. Adriano, pediu que o Dr. Fausto se pronunciasse pois ela já havia conversado com ele tudo o que sabia sobre direito do ressarcimento ao SUS e comunicado que a

680 ANS vinha cumprindo o que determinava a lei. No que se refere às colocações do Dr. Sérgio
681 Werneck, do Procon/SP, revelou que os atendimentos identificados e impugnados sofriam um
682 processo rigoroso de análise por técnicos contratados pela ANS, o qual ocorria tanto na primeira
683 como na segunda instância, e que as operadoras tinham que comprovar o que de fato estavam
684 impugnado e o que estavam contestando. Reafirmou que havia concordado em encaminhar o tema
685 da nova metodologia para uma câmara e que a partilha do ressarcimento era uma relação direta
686 entre o número de beneficiários identificados no estado, explicando que se esse número for
687 elevado, o ressarcimento seria maior, de modo que o volume de recursos ressarcidos estava
688 concentrado na rede de serviços do estado de São Paulo e da região Sudeste. Destacou, contudo,
689 que o peso maior estava no Fundo Nacional de Saúde. Dr. **Fausto** acrescentou que como o
690 atendimento era individualizado, ele era ressarcido um a um, cada atendido, e que o processo de
691 análise era extremamente complexo: após analisado o argumento da operadora, o processo era
692 deferido, ou não, por analistas da Agência e que, posteriormente, as operadoras dispunham de
693 uma segunda instância. Dr. **Celso Corrêa de Barros**, da UNIMED, afirmou que possuía, assim
694 como os gestores do SUS, uma série de dúvidas sobre tema tão polêmico como o ressarcimento.
695 Destacou que o Dr. Fernando Dourado abordara um aspecto interessante que era a construção de
696 parceria, mas que em contrapartida o ressarcimento ao SUS vinha caminhando num mesmo
697 processo de sofrimento a exemplo do que ocorrera no passado com a obrigatoriedade de reserva
698 legal. Externou a sua preocupação em relação ao sistema, em relação a alguns tributos e mostrou-
699 se surpreso com o passivo de cerca de R\$ 400 milhões. Assumiu o compromisso de promover uma
700 discussão interna e também no âmbito do sistema suplementar e convidou a equipe da DIDES/ANS
701 para fazer uma exposição sobre o ressarcimento ao SUS para o Conselho Confederativo da Unimed
702 do Brasil, órgão que reunia representantes das confederações de todo o país, a fim de intensificar
703 o processo de discussão sobre o tema. Nessa linha, manifestou também apoio à criação do grupo
704 técnico. Questionou ainda quanto a aspectos legais do ressarcimento sob a perspectiva das
705 cooperativas e indagou qual seria a solução para os chamados contratos de custo operacional
706 existentes no Sistema Unimed, o que se constituía em situação delicada para esse Sistema. Dr^a
707 **Renê Patriota**, da ADUSEPS, dirigiu-se a Dr^a Rosa para esclarecer que a sugestão que fizera para
708 identificar as pessoas que têm plano de saúde e utilizam os serviços SUS não implicava
709 tratamento diferenciado nem favorecido. Questionou quem emitia o Aviso de Beneficiários
710 Identificados (ABI) e insistiu que seria mais simples identificar os pacientes no momento da
711 chegada ao serviço e, assim, facilitar o ressarcimento. Observou que isso não iria de encontro ao
712 estabelecido na lei 8.080 e tampouco nos artigos 196 e 197 da Constituição. Considerou que todos
713 estavam em um jogo de faz de conta, uma vez que o SUS, a ANS, o Fundo Nacional de Saúde, o

714 Conselho Nacional de Saúde, todos sabiam que o SUS pagava mal e repassava o insuficiente para
715 a rede hospitalar e de serviços. Criticou a resposta dada pela gerente da DIDES e ponderou que se
716 todos tinham direito ao SUS qual era o sentido de se discutir o ressarcimento, de se penalizar as
717 empresas de saúde. Na sequência, perguntou se a APAC era extensiva a planos ambulatoriais, uma
718 vez que pela lei esse tipo de plano cobria quimioterapia, e também a planos referência. Perguntou
719 ainda se os R\$ 110 milhões referentes a APACs englobavam todos os tipos de planos e quanto já
720 fora efetivamente pago. Dr. **Fausto** esclareceu que nada havia sido cobrado até então e que os
721 procedimentos ambulatoriais ainda não faziam parte do processamento e do ressarcimento,
722 somente as internações. Dr^a **Renê** indagou então que em se considerando os pacientes internados
723 se os R\$ 110 milhões eram somente ambulatoriais ao que o Dr. Fausto confirmou, ressaltando
724 que se tratava de uma simulação. Dr^a **Renê** concluiu que havia muito dinheiro a ser receber e
725 prosseguindo, perguntou se identificar usuários de operadoras nas emergências facilitaria, de fato,
726 o ressarcimento, conferindo mais fidelidade aos dados, e indagou se a diferença entre os R\$ 431
727 milhões cobrados e os R\$ 72 milhões pagos estava na justiça. Dr. Fausto disse que uma parte
728 estava em processo de cobrança judicial e que havia empresas inscritas no CADIN e uma série de
729 outras etapas que justificavam aquela diferença. A propósito de tramitação judicial, Dr^a **Renê**
730 perguntou sobre o andamento da votação da ADIn relativa ao aumento dos planos de saúde,
731 tendo em vista o documento encaminhado ao STF solicitando urgência ao que o Dr. **Fausto dos**
732 **Santos** informou que o Ministro Marco Aurélio, relator da ADIn, já havia feito um despacho formal
733 em março e que iria apresentar o relatório para ser votado o mérito da questão. Dr^a **Renê**
734 perguntou se existiam outras ações no Supremo, pois tivera informação que existiam outras
735 questões ligadas a operadoras. Dr. **Fausto** informou que, no que se refere ao ressarcimento,
736 existiam inúmeras ações pulverizadas no país inteiro em primeira e segunda instância, mas
737 assegurou que quanto à discussão do mérito se o ressarcimento era devido ou não só existia
738 aquela. Referindo-se à atualização da tabela do SUS, Dr^a **Renê** indagou sobre que tipo de
739 influência teria a ANS ou a CSS para que a tabela do SUS fosse revista na sua origem a fim de
740 tornar-se viável e, com isso, evitar ressarcir em duas vezes. Perguntou ainda se a ANS tinha
741 conhecimento do valor repassado para o Fundo Nacional de Saúde. Dr. **Samir Bittar**, da AMB,
742 dirigiu-se ao Dr. Fernando para esclarecer que era um representante dos médicos e que essa
743 classe era, junto com toda a população, defensora do SUS e esperava que o SUS fosse melhor.
744 Argumentou que o fato de existir programas exitosos no SUS isso não representava todo o
745 conjunto do sistema, posto que a realidade que se podia vislumbrar no país, em termos de
746 instituições hospitalares e profissionais de saúde, deixava muito a desejar. Destacou que, nesse
747 contexto, o profissional acabava exercendo o seu trabalho pelo sentido da benemerência, o que

748 essa não era uma relação digna nem para o profissional e tampouco para o usuário. Relatou que,
749 segundo dados da própria ANS, o valor *per capita* recebido pelas operadoras de planos de saúde
750 era muito baixo perante aquilo considerado como suficiente, para uma comparação com outros
751 países. Chamou a atenção para o fosso existente entre os índices comparativos dos valores
752 investidos na saúde pública no Brasil com os demais países em desenvolvimento. Citou como
753 exemplo a cidade onde atuava, Goiânia, cujo sistema hospitalar encontrava-se falido e que restava
754 aos 300 mil habitantes um hospital credenciado pelo SUS e médicos trabalhando como se
755 prestassem favores. Reiterou que era esse o enfoque que gostaria de deixar registrado, pois
756 entendia que, como já fora colocado, que nas localidades mais longínquas as operadoras de planos
757 de saúde eram uma alternativa muito pouco utilizada pela condição dos recursos e que, assim, o
758 SUS era a base. Dr. **Fausto dos Santos** fez as considerações finais sobre o assunto. Afirmou que
759 existia uma legislação no país que estabelecia o ressarcimento, definindo, inclusive, regras para a
760 sua operacionalização. Dessa perspectiva, frisou que o que estava em discussão eram questões
761 concretas e não somente a vontade, o desejo de cada um em relação ao ideal de ressarcimento.
762 Citou, como exemplo, a colocação do Dr. Helvécio, do CONASEMS, de que o resto do
763 ressarcimento deveria ser *per capita*, contudo Dr. Fausto explicou que não havia cobertura legal
764 para essa solicitação, posto que a legislação em vigor estabelecia que o ressarcimento era devido
765 para todos os procedimentos cobertos e pago somente para prestadores de serviços. Contou que
766 fora difícil interpretar a legislação de modo a torná-la operacional e que as dificuldades
767 continuavam, o que implicava uma revisão desse processo. Quanto ao espírito do ressarcimento,
768 disse que considerava ser o ressarcimento zero e que todas as operadoras atendessem a todos os
769 beneficiários nas suas próprias redes pelas quais eles pagaram. Assim, ninguém iria precificar
770 pensando que 10% dos beneficiários seriam atendidos no SUS. Reafirmou o empenho da Agência
771 em trabalhar para que o ressarcimento fosse o melhor possível e que por isso existia um caráter
772 punitivo, por isso a TUNEP não correspondia à tabela do SUS e variava de acordo com uma série
773 de procedimentos que tinham apresentado dificuldades ao longo do tempo. Esclareceu que a
774 proposta apresentada pela ANS procurava caminhar, em consonância com o marco legal, no
775 sentido de simplificar algumas questões e revelou que a Procuradoria da Agência já estava
776 debruçada sobre os aspectos legais para viabilizar essa simplificação. Reconheceu que o processo
777 de ressarcimento era extremamente custoso para a ANS e para as operadoras além de pouco
778 efetivo do ponto de vista do volume de recursos, ressaltando que ao longo dos seis anos o sistema
779 das operadoras e da Agência já havia gasto mais dos que os R\$ 72 milhões ressarcidos. Alertou
780 que a proposta da Agência não significava que o ressarcimento seria trazido ao nível da tabela do
781 SUS, pois isso poderia funcionar como fator de incentivo à utilização e à lei inversamente

proporcional à utilização, destacando que o espírito da proposta era “quanto mais se utiliza, mais se paga”. Observou, no entanto, que a relação público-privado iria continuar existindo entre os sistemas brasileiros e que a Agência vinha trabalhando sob a perspectiva de trazer essa discussão à tona, uma vez que as ações desenvolvidas (sistema de urgência, redes, promoção da saúde e prevenção) estavam imbricadas de tal forma que o ressarcimento era, ou pelo menos deveria ser, uma ferramenta que acaba por expor essa relação. Quanto às ferramentas mais adequadas para expor essa relação, Dr. Fausto considerou que o *per capita* representava o inverso e além disso requeria mudança na legislação. Com relação à votação da ADIn pelo STF em caráter definitivo seria proveitosa para todos e traria uma estabilização ao marco regulatório. Ponderou, contudo, que o Supremo ao votar a ADIn em caráter liminar não dera guarida ao argumento constitucional, de modo que naquele momento o ressarcimento continuava valendo, conforme expresso no artigo 32 da lei 9.656. Classificou como pertinentes as sugestões feitas para que o processo fosse amadurecido e aprofundado, porém obtemperou que era preciso ter cuidado para não diluir o debate e perder o foco da discussão. Disse que iria discutir internamente na Agência, usar alguma discricionariedade para definir como essa câmara técnica poderia ser composta com a inclusão do maior número possível de representações para que aprofundar o debate sobre uma nova metodologia e sobre outros aspectos, a exemplo das alternativas sugeridas no Fórum de Saúde Suplementar, em 2003. Reconheceu que isso implicaria mudanças na legislação, em especial no artigo 32 que deixara muito amarrado o próprio processo de operacionalização do ressarcimento.

ITEM II – PATROCÍNIO NA SAÚDE SUPLEMENTAR - Dr. Alfredo Luiz de Almeida Cardoso, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras da ANS, anunciou que estava sendo entregue aos presentes um atlas contendo informações econômico-financeiras da saúde suplementar no país, no biênio 2003-2005, por região e por unidade federativa. Comunicou que em breve a publicação se transformaria em anuário, incluindo também informações semelhantes sobre as operadoras com registro provisório. Iniciou a apresentação propriamente dita afirmando que a saúde suplementar possui dois pilares básicos - *a percepção da qualidade assistencial* e as *contribuições espontâneas* - de modo que indivíduos e empresas contribuíam espontaneamente para terem acesso a essa qualidade, percebida como melhor do que algo que lhes pudesse ser proporcionado gratuitamente. Salientou que a qualidade assistencial vinha dos prestadores e que as contribuições espontâneas vinham de indivíduos e empresas que buscavam essa qualidade, afirmando que era preciso atuar de forma articulada para que essa qualidade fosse cada vez mais percebida por aqueles que espontaneamente abdicavam de uma parte de seus rendimentos para terem acesso a esse sistema. Considerou, entretanto, que isso não excluía profissionais de saúde e tampouco qualquer cidadão de lutar por um SUS de melhor qualidade. Disse que dentre o

conjunto de características desse sistema complementar de saúde, comentaria duas delas: a primeira, como a contribuição espontânea era arrumada; a segunda, como o pagamento feito por indivíduos e empresas era arrumado a fim de viabilizar o financiamento da qualidade assistencial. Explicou que os indivíduos (beneficiários) se agrupavam em carteiras nas quais todos pagam para que alguns (os pacientes) utilizassem em dever do ofício, e que para que essa estratégia de financiamento fosse viável, uma das premissas básicas era a correspondência entre a receita arrecadada com os pagamentos e as despesas. Acrescentou que grande parte do mercado estava em função do pré-pagamento das prestações dos beneficiários, sendo que a lógica desse ciclo financeiro operava da seguinte forma: a receita das contra-prestações acumuladas ao final do primeiro e do segundo mês de funcionamento da operadora destinava-se basicamente ao pagamento das despesas assistenciais (DA), com o resultado financeiro equivalente a uma média de 160% (recebimentos acumulados em torno de 180% menos a média de 20% de DA). Ao final do terceiro mês, a operadora começava a fazer jus ao pagamento de DA mais as despesas assistenciais ocorridas no primeiro mês, com resultado financeiro equivalente a 170% (média de recebimentos acumulados de 260% menos 20% de DA e 70% de despesas assistenciais). Dr. Alfredo comentou que esse fluxo de financeiro favorável dá origem a um tipo de regulação econômica dita prudencial, que envolve a *provisão de risco* – que é um montante de recursos que a operadora deve dispor para fazer frente às despesas assistenciais, caso a receita não seja suficiente para o pagamento das despesas –, e a *provisão para eventos ocorridos e não avisados*, destinada ao pagamento do ciclo de despesas assistenciais sem receita (que varia em média a até quatro meses em valores decrescentes) em caso de interrupção do funcionamento da operadora. O Diretor da DIOPE contou que, num primeiro momento, a Agência havia insistido na obrigatoriedade de constituição da provisão de risco mas que havia uma sinalização para que o mercado gradativamente constituísse a provisão para eventos ocorridos e não realizados, com vistas a prevenir que os efeitos de uma eventual insolvência da operadora repercutissem o mínimo possível. Frisou a necessidade de se garantir a autogestão e mostrou dados que evidenciavam uma sinistralidade bastante elevada das autogestões não patrocinadas em relação aos demais segmentos médicos. Observou ainda que os gastos com despesas administrativas das não patrocinadas eram menores do que os das filantropias, uma vez que essas embutiam no custo administrativo os custos de financiamento e operação de suas unidades assistenciais; dessa forma, os índices de despesas administrativas por modalidade estavam assim distribuídos: não patrocinadas (0,2%), medicinas de grupo (0,17%), cooperativas (0,15%) e seguradoras (0,08%). Dr. Alfredo Cardoso classificou esses resultados como indicativo de eficiência gerencial e frisou que era preciso esclarecer o patrocínio em relação a operadoras e a produtos. No que se refere a

850 produtos, considerou que uma empresa pode patrocinar, na sua totalidade ou em percentuais, o
851 benefício do plano de saúde de seus funcionários por meio da contratação de uma empresa de
852 qualquer segmento. Com relação a operadoras, expôs que a discussão caminhava sob a
853 perspectiva das regras prudenciais econômicas colocadas para as autogestões, às quais era
854 facultado constituir provisões no mínimo semelhantes aos demais segmentos de mercado,
855 observando-se a população vigente. Ressaltou que o interesse da Agência era induzir cada vez
856 mais que as autogestões constituíssem provisões minimamente semelhantes aos demais
857 segmentos do mercado, com base no termo de garantia, instrumento que visava a assegurar a
858 cobertura de valores, no mínimo proporcionais ao provisionamento exigido pela legislação vigente,
859 assumido(s) pela(s) instituição(ões) mantenedora(s). Explicou que dessa forma seria possível
860 estimar a proporção de risco que estava sendo coberto e que a contabilização deste deveria ser
861 feita de acordo com as boas práticas contábeis. Declarou que não cabia à Agência fiscalizar a
862 contabilidade da instituição mas somente exigir que essa proporção de risco constasse do balanço
863 financeiro da empresa. Após que as provisões mínimas exigidas para as operadoras já existentes
864 ou com registro provisório eram a *provisão de risco* e a *provisão de remissão* (benefício concedido
865 contratualmente por algumas operadoras, por curto período ou de forma vitalícia, de modo em
866 caso de falecimento do titular, os dependentes recebem o custeio do benefício), muito utilizada
867 pelo segmento cooperativo. No caso das operadoras entrantes, as provisões mínimas exigidas
868 eram a *PEONA* (provisão para eventos ocorridos e não realizados), a *provisão de operação*, que
869 equivale ao capital mínimo ou ao capital inicial, e a já citada *provisão de remissão*. Dr. Alfredo
870 justificou que a Agência, ao indicar a expressão “no mínimo”, visava a contemplar aquelas
871 operadoras e autogestões ditas patrocinadas que ofereciam previdência complementar, benefício
872 esse que já estava de alguma forma regido por uma regulamentação prudencial específica. No que
873 se refere à constituição de ativos garantidores, Dr. Alfredo contou que era facultado às
874 autogestões o mesmo tratamento dado às demais operadoras de planos de saúde, mas que deverá
875 ser observada a correspondência contábil-financeira na sua constituição assim como a
876 diversificação dos ativos deverá respeitar a regulamentação vigente da CBM. Dr. **Fausto** passou a
877 palavra ao Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, que parabenizou o Dr. Alfredo pela apresentação
878 detalhada e pediu permissão à mesa diretora da reunião para que facultasse aos membros da
879 FENASEG presentes a oportunidade de complementar as observações que iria fazer, caso ele
880 viesse a se esquecer de algum aspecto. Como primeiro ponto, Dr. Márcio ressaltou que o foco das
881 seguradoras não era única e exclusivamente o aspecto econômico-financeiro mas que o aspecto
882 assistencial era também importante para a sobrevivência do sistema e, por conseguinte, das
883 seguradoras. Discordou do Dr. Alfredo em relação ao pioneirismo que este apontara das

884 seguradoras na regulação do exercício prudencial, alegando que o Brasil apenas repetira o modelo
885 existente nos Estados Unidos e na Europa, onde as regras prudenciais são obrigatórias pelo fato de
886 que não existe atenção à saúde se não há solvência. Observou que o mercado brasileiro vinha
887 experimentando essa situação haja vista o expressivo número de intervenções fiscais e de
888 liquidações decorrentes da insuficiência de recursos para garantir aquilo que os beneficiários
889 contrataram e não da falta de atendimento ao beneficiário. O representante da FENASEG solicitou
890 esclarecimento sobre esses números à diretoria da ANS. Com segundo ponto, Dr. Márcio referiu-se
891 a trecho da apresentação do Dr. Alfredo, no qual fora demonstrado que apenas as seguradoras
892 possuíam sinistralidade maior do que as autogestões, para argumentar que a sinistralidade
893 correspondia à indenização pura paga sobre o prêmio arrecadado, portanto, despesa sobre receita,
894 ao passo que no gráfico apresentado a sinistralidade estava abatendo desse prêmio as reservas
895 técnicas de prêmios e adicionando às despesas as reservas técnicas de sinistros, aumentando,
896 portanto a sinistralidade desse segmento. Alegou que as seguradoras apareciam com índice de
897 90% pelo fato de que possuíam exigência de reserva superior aos demais segmentos, ao mesmo
898 tempo em que frisou que esse aspecto não podia ser entendido como medida de eficiência,
899 conforme apontado pelo Dr. Alfredo, conclamando os presentes a ficarem atentos a tal aspecto
900 quando fossem analisar o balanço e as estatísticas da ANS. Observou que os dados apresentados
901 reuniam tanto as empresas que formavam reserva quanto as que não a possuíam e que o índice
902 de 90% evidenciava a crise do mercado, no qual o elevado aumento de custos em espiral
903 inflacionário não era acompanhado pelos reajustes devidos, em especial no caso dos seguros
904 individuais. O representante da FENASEG utilizou-se de um termo mencionado anteriormente pelo
905 Dr. Fausto para comentar que esse estado de coisas poderiam induzir o administrador a
906 “prevaricar”, o que obviamente não era a intenção da Agência. Comentou que haviam sido
907 constituídas as reservas necessárias para bancar esse risco e que por essa razão a sinistralidade
908 aparecia tão elevada, reafirmando que tal fato, em termos de eficiência operacional, significava
909 prudência. Destacou ainda que a questão da prudência deveria ser também estendida para o
910 sistema como um todo, uma vez todos os segmentos eram atingidos quando havia crise de
911 solvência: o médico prestador de serviço, o hospital, o laboratório deixavam de receber recursos; e
912 os consumidores deixavam de ter o atendimento esperado. Reiterou, assim, a importância de a
913 ANS, sempre que possível, dar absoluta transparência à questão da prudência. Prosseguindo, Dr.
914 Márcio Coriolano declarou que havia muita ideologia envolvida na discussão acerca dos aspectos
915 econômico-financeiros e assistenciais, que ele considerava os dois pilares do sistema, aduzindo que
916 “ideologia” significava desconhecimento quando não vinha acompanhada de uma forte
917 fundamentação científica, pois traduzia tão somente os interesses de alguém. Disse que, de acordo

918 com a opinião de algum estudioso do setor, corria-se o risco de que as grandes operadoras – e não
919 só as seguradoras – viessem a “aprisionar” a ANS em razão de seu domínio do mercado. Ainda
920 conforme esse estudioso, a ANS deveria então modificar o atual modelo, privilegiando a formação
921 de associações de sindicatos, associações locais, entre outros modelos associativistas
922 supostamente mais eficientes do ponto de vista assistencial. Esclareceu que foi inclusive pela
923 possibilidade de modelos dessa natureza que a FENASEG havia suscitado o tema do patrocínio.
924 Enfatizou que, conforme já mencionara na reunião anterior, a sua preocupação era que a
925 concorrência fosse realizada em bases leais e, referindo-se especificamente ao segmento das
926 seguradoras, colocou que esse representava menos de 1% das operadoras no mercado, possuía
927 12% dos beneficiários e respondia por 25% dos prêmios e mais de 30% das despesas
928 assistenciais. Comentou sobre as autogestões patrocinadas de RH e, citando os casos de empresas
929 como a Petrobrás e a Vale do Rio Doce, ponderou que o governo deveria ser mais prudencial no
930 sentido de separar ativos e fazer segregações. Alertou, contudo, que o problema estava nas
931 autogestões ditas não patrocinadas, que não colocavam produtos no mercado e não ofereciam
932 garantias de risco, o que gerava incertezas no mercado. Perguntou ao Dr. Alfredo se a proposta da
933 ANS era de que essas empresas seguissem o mesmo modelo de constituição de garantias utilizado
934 pelas seguradoras e defendeu a criação de uma carta compromisso ou um termo de garantia que
935 reafirmasse essa disposição por parte da empresa. Na seqüência, perguntou também sobre a regra
936 de garantia de reserva técnica e sobre qual o tipo de fiscalização que a Agência exercia sobre o
937 segmento. Reforçou que a unificação das regras proporcionaria uma concorrência mais salutar,
938 justa e possível, bem como ofereceria garantia final aos consumidores para que a cooperação
939 permanecesse. Dr. **Alfredo Cardoso**, da DIOPE/ANS, referindo-se ao primeiro ponto colocado
940 pelo Dr. Márcio, disse que a ênfase no aspecto econômico-financeiro devia-se ao fato de que a
941 regulação e a legislação obrigavam a Agência a isso, mas que como o sistema é financiado única e
942 exclusivamente por capitais privados, qualquer quebra no equilíbrio financeiro resulta no atraso do
943 pagamento dos fornecedores, o que reverbera na qualidade assistencial. Falou que a Agência vinha
944 contando com o precioso auxílio das entidades de defesa do consumidor na detecção precoce de
945 problemas relativos à essa qualidade assistencial. Com relação à eficiência, concordou com o Dr.
946 Márcio que a sinistralidade nada tinha a ver com eficiência e que a DIOPE/ANS jamais havia
947 mensurado algo concernente à eficiência empresarial vinculada à sinistralidade, em função das
948 peculiaridades de cada segmento. Esclareceu que o segmento cooperativo visava a remunerar
949 melhor os prestadores médicos e, por isso, possuía uma sinistralidade maior, assim como o
950 segmento de medicina de grupo fazia o controle de custos, e assim por diante. Observou que
951 como, as autogestões focariam em tese a visão do beneficiário final, elas deveriam ter um pacote

952 de benefícios de acesso e de cobertura maior do que os demais segmentos e até uma flexibilidade
953 na concessão desses benefícios, tanto que os conceitos de cobertura de doenças e de doenças pré-
954 existentes haviam surgido nesse contexto. Considerou, assim, que o sistema de autogestões
955 apresentava uma visão mais focada no beneficiário do que qualquer outro ator do sistema,
956 ponderando contudo que isso não era colocado em termo de medida de eficiência, razão pela qual,
957 na apresentação, o item “despesas administrativas” fora colocado logo após “sinistralidade”. Dr.
958 Alfredo mencionou ainda o esforço realizado pelos segmentos de seguradoras que haviam
959 incorporado no custo administrativo, os custos relativos ao controle assistencial e mesmo assim
960 haviam obtido redução expressiva das despesas administrativas, fato esse que espelhava eficiência
961 da gestão. Com relação à transparência, afirmou que a Agência vinha procurando cada vez mais
962 dar transparência aos números colocados pelas operadoras no que diz respeito à parte econômica
963 financeira, citando como exemplo a edição do atlas que fora distribuído aos presentes e a
964 divulgação sistemática no sítio da ANS. Ressaltou ainda que a Agência era uma fiel depositária dos
965 dados a ela confiados pelas operadoras e que somente divulgava as informações de interesse
966 público, mantendo em sigilo aquelas de caráter estratégico ou operacional para as empresas. Com
967 relação ao privilégio de ideologia, afirmou que durante os dois anos de trabalho na Agência nunca
968 presenciara a concessão de qualquer tipo de privilégio e tampouco de pressão política, social ou
969 econômica para a concessão de qualquer tipo de privilégio a segmentos. Reiterou que tanto na
970 DIOPE quanto na ANS o tratamento dado às operadoras incluía respeito, consideração e acesso.
971 No que se refere à concorrência, reiterou também a preocupação da Agência de tornar cada vez
972 mais públicas e transparentes as informações relativas ao setor a fim de tornar a concorrência mais
973 controlada pela própria sociedade, citando como exemplo as articulações mantidas com o sistema
974 brasileiro de defesa da concorrência por meio do CADIN e do STE. Com relação à autogestão de
975 RH disse que se tratava de um conceito puro de autogestão, no qual uma empresa concede um
976 benefício, que é oferecido por um prestador que concede um crédito para essa empresa.
977 Comentou que esse tipo de prática não deveria constar da legislação, visto que se tratava de um
978 benefício e não de uma empresa legalmente constituída para disponibilizar planos de assistência
979 médica hospitalar e odontológica; obtemperou, contudo, que ainda que as autogestões
980 patrocinadas por RH não estejam textualmente citadas na lei, elas estavam abrangidas pelo escopo
981 da regulação, de modo que o setor possui algumas prerrogativas previstas em lei. Esclareceu ao
982 Dr. Márcio que as autogestões não patrocinadas já estavam obrigadas a constituírem reservas nos
983 mesmos moldes dos demais segmentos do mercado, frisando que não existia comportamento
984 diferente nas autogestões. No caso das autogestões que não cumprissem tal determinação, contou
985 que a Agência iria autuar de acordo com a legislação, o que incluía a notificação que gera a

986 autuação e multas, a direção fiscal e a eventual liquidação. Com relação às autogestões
987 patrocinadas, sem incluir as de patrocínio por RH, expôs que as opções eram as seguintes: ou elas
988 constituíam provisões no mínimo iguais aos demais setores do mercado, ou quantificavam, por
989 meio de um termo de garantia ou documento semelhante, o que efetivamente estavam
990 garantindo, de forma que a Agência pudesse ter uma evidência objetiva para poder comprovar se
991 a empresa possuía ou não condições econômicas e financeiras para arcar com essa garantia. Após
992 que, com essas medidas, a Agência esperava dar ao mercado um nível de segurança mais próximo
993 do ideal, informando que estava em revisão a Resolução nº 77, que trata das provisões e garantias
994 financeiras. Dr. Alfredo lembrou que a mudança era bastante delicada visto que não havia uma
995 liquidez de sobra para que as provisões fossem constituídas, a menos que houvesse um sócio
996 acionista poderoso. Manifestou o desejo de que todo o mercado tivesse o mesmo diapasão, mas
997 considerou que a Agência regulava operadoras absolutamente díspares e heterogêneas em um
998 país absolutamente heterogêneo. Ponderou que o foco da discussão não eram as autogestões não
999 patrocinadas, posto que as obrigações destas já estavam estabelecidas na lei 9.656, mas sim como
1000 quantificar o patrocínio das autogestões patrocinadas. Aludiu à utilização da expressão “no
1001 mínimo” em relação às provisões, tendo em vista que a grande parte das operadoras ditas
1002 patrocinadas estava também vinculada ao sistema de previdência complementar que possui
1003 normas específicas na constituição de outros benefícios, incluindo a assistência médico hospitalar
1004 odontológica. Disse que esperava ter respondido aos pontos levantados pelo Dr. Márcio e afirmou
1005 que, com essas alternativas para constituição de provisões, fora mantido o equilíbrio, evitando-se a
1006 perda de regras prudenciais ou diminuição da solvência do mercado. Dr. **Márcio Coriolano**
1007 comentou que restavam ainda duas questões. Uma, com relação ao privilégio, sobre a qual
1008 enfatizou que em nenhum momento tivera a intenção de questionar a lisura da ANS ou dos colegas
1009 de segmento, mas se referira a um estudo publicado havia pouco tempo e que chegava às
1010 conclusões que ele mencionara. Disse que não citaria o autor para não lhe dar notoriedade, mas
1011 revelou que a imprensa procurara a FENASEG e a ANS para falar sobre o assunto e que
1012 considerava importante que os demais colegas da CSS tomassem conhecimento de que existiam
1013 idéias exóticas no mercado. Reafirmou que havia colocado a diferença no setor de forma clara e
1014 que a ANS não havia prevaricado nem iria fazê-lo. Dr. Márcio perguntou ainda se a FIRJAN estava
1015 sendo considerada pela ANS como “autopatrocinada” ou “patrocinada” ao que o Dr. Alfredo
1016 respondeu que não gostaria de discutir questões particulares de operadoras, reafirmando que a
1017 Agência era fiel depositária das informações encaminhadas pelas operadoras. Informou apenas que
1018 a FIRJAN possuía um registro de operadora, recebera registro de produtos e que se encontrava
1019 em última análise a correção de sua forma de constituição, para habilitá-la a receber autorização

de funcionamento. Dr. **Fausto dos Santos** passou então a palavra a Dr^a **Renê Patriota**, da ADUSEPS, que fez alusão aos dois pilares do sistema de saúde suplementar apontados pelo Dr. Alfredo: os prestadores e os usuários, de forma voluntária. Questionou a condição de voluntários uma vez que o SUS não garantia o que deveria, o que não deixava opções, argumentando que quando as pessoas não mais tinham condições voltavam a procurar o SUS. Pediu ao Dr. Alfredo que definisse “patrocinada” e “não patrocinada” e apontou alguns aspectos apresentados pelo diretor da DIOPE, contrapondo os dados das não patrocinadas e das seguradoras em relação às filantrópicas, cuja despesa administrativa elevada justificava pelo fato de que elas pagavam todo o seu pessoal. Citou como exemplo o Hospital do Câncer no Recife, que arrecadava R\$ 900 mil mensais de AIHs e arcava com todos os custos de funcionários e das demais despesas administrativas com tal recurso. Indagou por que a ANS tratava de forma diferenciada patrocinados e não patrocinados, em relação à fiscalização e controle. Citou um exemplo hipotético no qual a Universidade Federal de Pernambuco era estipulante de um contrato com uma grande operadora, de forma que o reajuste da sinistralidade dessa operadora poderia ser dado sem que a ANS tivesse controle sobre isso, uma vez que o contrato é feito em nome da empresa. Comentou que ficara sabendo de casos em que a empresa acabava ficando com um percentual sobre o reajuste cobrado pela sinistralidade. Prosseguindo, Dr^a Renê afirmou que a ANS deveria saber disso, comentando que muitos professores inclusive universitários não estavam mais podendo arcar com os custos desses reajustes e perguntou por que a ANS não fiscalizava essa situação. Com relação a provisão e remissão, a representante da ADUSEPS perguntou qual era a definição da Agência para o caso em que o beneficiário ficou usufruindo da remissão do contrato e que, após os cinco anos, perdera o direito de retornar ao plano originário. Chamou ainda a atenção para o caso de uma pessoa que ficou viúva com 70 anos no contrato novo, quando foi beneficiária, pois isso não fora definido pela Agência. Sugeriu que a ANS divulgasse na mídia que as pessoas que sofrem acidente de trabalho podem recorrer ao serviço de assistência médica pelo seguro saúde, independente do benefício. Sugeriu também como tema de pauta para a reunião seguinte a previsão do reajuste anual. Indagou ainda por que a ANS não unificava as regras em relação aos produtos, mencionando que fora procurada por uma jornalista que lhe disse que a Agência “não aceita” ser a responsável pela regulamentação, fiscalização dos contratos antigos, sobre o que pediu que ao Dr. Fausto que se pronunciasse. Em resposta a Dr^a Renê, Dr. **Alfredo Cardoso**, da DIOPE/ANS, classificou “patrocinada” como sendo aquela empresa que tem um termo de garantia, assegurando e patrocinando o seu risco empresarial, enquanto que a “não patrocinada” constituía as garantias nos moldes das demais operadoras, ao que a Dr^a **Renê** perguntou como era feita a fiscalização das patrocinadas. Dr. **Alfredo** explicou que nos gráficos apresentadas não constavam

as patrocinadas, pois estas empresas ainda não remetiam os seus dados econômico-financeiros para a Agência devido à uma questão da regulamentação. Informou que, com o objetivo de dar mais segurança e transparência para o mercado, estava em fase de discussão a edição de uma nova regulamentação que tornasse obrigatório o envio de dados econômico-financeiros dessas empresas para a Agência. Em relação à previsão de reajuste anual, Dr. **Fausto dos Santos** esclareceu que a ANS autorizada reajuste somente para planos individuais, pós primeiro de janeiro de 1999, e que quem possuía instância deliberativa ou quem era patrocinador estabelecia o reajuste na negociação entre as partes. Em relação ao caso citado pela Dr^a Renê, possivelmente sobre a Associação dos Servidores da Universidade Federal de Pernambuco, afirmou que essa estabeleceu na negociação com a operadora contratada a forma de reajuste anual a ser adotada, visto que a Associação possuía uma instância deliberativa para aprovar ou não o reajuste. Frisou que essa era a diferença em relação ao coletivo por adesão que não disponha de instância deliberativa, pois ele tem que seguir o reajuste da ANS. Como não houvesse mais inscritos para comentários, Dr. **Fausto** agradeceu a presença de todos, reiterando que as apresentações daquela reunião seriam encaminhadas aos membros da CSS e prometendo que a distribuição do material passaria a ser feita com maior antecedência para que todos pudessem participar da discussão. Com relação ao ressarcimento, anunciou que seria estabelecido um grupo de trabalho para fazer o processamento das observações e sugestões feitas durante o debate. Dr^a **Renê Patriota** aproveitou a oportunidade para perguntar de qual área eram os técnicos contratados pela ANS para análise dos pagamentos rejeitados pelas operadoras, ao que o Dr. **Fausto** respondeu que estavam ligados à Diretoria de Desenvolvimento Setorial, sob a coordenação da Dra. Rosa Lages, e que, em sua maioria, eram concursados. Dr^a **Renê** observou que se referira à área de formação e Dr. **Fausto** informou que eram advogados mas que também havia alguns ligados à área de saúde e com formação multiprofissional. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, perguntou se a revisão da norma sobre autogestão patrocinada e multipatrocinada seria objeto de consulta pública, pelas instâncias utilizadas pela ANS, ao que o Dr. Alfredo respondeu que o objetivo era discutir amplamente. Dr. **Fausto** corroborou que qualquer documento formalmente formatado seria divulgado e sua discussão seria facultada a todos os membros da CSS. Dr. **Arlindo de Almeida**, da SINAMGE, sugeriu que, em razão da complexidade do assunto e, considerando a necessidade de se incluir também as autogestões públicas, ponderou sobre a viabilidade de formação de uma câmara técnica ao que o Dr. **Alfredo** solicitou que ele explicitasse de forma mais detalhada as suas dúvidas, não descartando, porém, a possibilidade de formação da referida câmara. Dr. **Fausto dos Santos** disse que a expectativa da diretoria naquela reunião era colocar os balizadores que vinham sendo adotados pela ANS para a formatação de uma regulamentação

1088 específica. Declarou assim que a partir desses balizadores estava aberta a negociação, a discussão
1089 e as contribuições para a formatação de documento de formalização dessas questões, que
1090 certamente passará por um período de consulta pública. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE,
1091 anunciou que gostaria de enviar comentários e documentos sobre o assunto. **ENCERRAMENTO –**
1092 **Dr. Fausto dos Santos** agradeceu a todos, colocando a ANS à disposição para aprofundar essa
1093 discussão.

1094 Agência Nacional de Saúde Suplementar

1095 Ministério da Fazenda

1096 Ministério da Previdência e Assistência Social

1097 Ministério da Saúde

1098 Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS

1099 Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

1100 Associação de Consumidores de Planos Privados e de Assistência à Saúde – ADUSEPS

1101 Associação Franco Basaglia - AFB

1102 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS

1103 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB

1104 Confederação Nacional do Comércio – CNC

- 1105 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 1106 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 1107 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 1108 Associação Médica Brasileira – AMB
- 1109 Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde – PRO TESTE
- 1110 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 1111 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG
- 1112 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA
- 1113 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 1114 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 1115 Força Sindical
- 1116 Fundação PROCON - São Paulo
- 1117 Fundação PROCON – São José dos Campos
- 1118 Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde – UNIDAS