



**GOVERNO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE**



ATA da 59^a Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

**Local: Hotel St. Peter – Setor Hoteleiro Sul Quadra 02 bloco D –
Salão da Cobertura Norte
Brasília/DF**

**Data: 03 de setembro de 2009.
Horário: 10h às 14h 30min.**

*Ata realizada por
ProiXL Estenotipia Ltda.*

ABERTURA – No dia três de setembro do ano de dois mil e nove, no salão da cobertura do Hotel St. Peter, localizado no Setor Hoteleiro Sul Quadra dois, bloco D em Brasília/Distrito Federal, teve início a Quinquagésima Nona Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 03 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS), **Dr. Alfredo Luiz de Almeida Cardoso** (Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS); **Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro** (Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS); estando presentes os membros da Câmara de Saúde Suplementar – CSS: **Dr. Marcus Vinícius Quito** (Ministério da Saúde); **Dra. Maria Ester Veras Nascimento** (Ministério da Previdência Social); **Dra. Iolanda Ramos** (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS); **Dr. Paulo Guilherme Barroso Romano** (Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC); **Dr. Julcemar José Ragnini** (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB); **Dr. Arlindo de Almeida** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE); **Dr. Carlos Roberto Squilaci** (Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG); **Dr. José Carlos de Souza Abrahão** (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS); **Dr. Luiz Plínio Moraes de Toledo** (Federação Brasileira de Hospitais – FBH); **Dra. Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia** (Conselho Federal de Enfermagem – COFEN); **Dr. Luiz Carlos de Oliveira** (Força Sindical); **Dra. Josefa Renê Patriota** (Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde – ADUSEPS); **Dr. Bruno Eduardo dos Santos** (Ministério da Fazenda); **Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda** (Conselho Federal de Medicina (CFM); **Dra. Polyanna Carlos Silva** (Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (PRO TESTE); **Dra. Selma do Amaral** (Procon SP); **Dr. Sérgio Augusto de Werneck Almeida** (Procon SJC); **Dr. Eudes Freitas Aquino** (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED do Brasil); **Dr. Márcio Serôa Araújo Coriolano** (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG) e **Dr. Benício Paiva Mesquita** (Conselho Federal de Odontologia – CFO); **Dr. Dante Ancona Montagnana** (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS); **Dr. Adriano Mattheis Londres** (Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC); **Dr. Marco Antônio Antunes da Silva** (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG); **Dr. Reinaldo Camargo Scheibe** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE); **Dr. José Cláudio Ribeiro Oliveira** (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil); **Dr. José Alves de Souza Neto** (Cooperativa de Serviços Odontológicos – UNIODONTO); **Dr. Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativa de Serviços Odontológicos – UNIODONTO); e os Convidados Permanentes: **Dr. João Carlos Magalhães** (Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde - FCFAS); **Dr. Antônio Augusto Fonseca Garcia** (Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde - FCFAS) e os Convidados das Centrais Sindicais: **Dra. Cleonice Caetano Souza** (União Geral dos Trabalhadores – UGT); **Dr. Jorge Alves de Almeida Venâncio** (Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB); **Dr. Hamilton Dias Moura**

(Nova Central) e **Dr. Elias Bernardino** (Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB).

O **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) deu início aos trabalhos justificando as ausências da **Dra. Vera Lucia Marques** (Associação Franco Basaglia) e da **Dra. Rosângela da Silva Santos** (Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil), ambas por motivo de saúde. A seguir, foi colocada em apreciação a ata da Quinquagésima Oitava reunião da CSS, sendo aprovada pelos presentes, com o acatamento das sugestões feitas pelos Srs. **José Cláudio Ribeiro Oliveira** (UNIMED) e **Egberto Miranda da Silva Neto** (UNIODONTO). A seguir, o **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) informou sobre a alteração dos membros da Câmara de Saúde Suplementar, assumindo a representação do Ministério da Justiça, como titular, a **Dra. Laura Schertel Ferreira Mendes** e como suplente **Dr. Felipe Rocha dos Santos**, e anunciou a pauta proposta para a reunião, que manteve-se sem alterações, sendo: **I – Resultados do Programa de Qualificação (2008); II – RN 195/200: a) Considerações da ANS sobre os questionamentos apresentados; b) Manual para Contratação de Plano e Guia de Leitura Contratual; III – Programas de Promoção e Prevenção 2009 – IN 01 DIOPE/DIPRO; IV – Resultados da Câmara Técnica do Rol de Procedimentos; V – Informes.**

ITEM I - Resultados do Programa de Qualificação (2008) - A **Dra. Alexia Ferreira** (ANS), apresentou os resultados do programa de qualificação de 2008, lembrando que 50% da composição do índice de desempenho da saúde suplementar – IDSS, atribuía-se à dimensão de atenção à saúde, 10% à satisfação do beneficiário, 10% à estrutura e operação e 30% ao desempenho econômico/financeiro. Informou a todos que comparado a 2007, havia uma extensão da pontuação de forma contínua para todos os indicadores e mudanças nos critérios de pontuação de algum dos indicadores, a manutenção das metodologias de padronização por faixa etária, sexo e de ajuste das faixas para pequenas populações, além de uma mudança do número total de indicadores, que passou de 33 para 31 indicadores no ano de 2008. Informou também que foram acertadas as novas regras para divulgação e prevista uma IN da Diretoria de Gestão que traz as fichas técnicas, os critérios utilizados para o cálculo, os prazos e meios pelos quais as operadoras vão realizar os questionamentos, os sistemas de informação e o ponto de corte, em que data foi feito o corte em cada um dos sistemas utilizados. Relatou que em 2008 houve 1.542 operadoras avaliadas, 135 não avaliadas e 95 que estavam em direção fiscal. Disse ainda que em 2009 foram 1.480 avaliadas, 134 não avaliadas, 62 deixaram de ser avaliadas e 93 encontram-se em direção fiscal. Sobre a forma de distribuição dos resultados por faixa mostrou que 77% das operadoras médico-hospitalares estão na faixa de 0,4 a 1,0 e das exclusivamente odontológicas 82% estão nesta faixa. Disse que agora é possível enxergar o conjunto de operadoras que operam a mesma natureza de planos, e como exemplo citou que 37% das autogestões que operam planos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos estavam entre 0 e 0,19; 29% entre 0,20 e 0,39; 19% entre 0,4 e 0,59; 14% de 0,6 a 0,79 e 1% apenas entre 0,8 e 1. Após a apresentação de resultados de outras modalidades de operadoras, concluiu apontando que a expectativa do programa era que ao avaliar o desempenho da ANS e das operadoras, o programa buscasse não apenas classificar, mas principalmente abrir possibilidades para acréscimos de qualidade ao modo de

fazer dessas instituições, de maneira que elas se responsabilizassem pela produção de serviços de saúde que de fato contribuíssem para elevar os níveis de saúde dos brasileiros cobertos por planos de saúde. Passando aos debates, o Dr. **Egberto Miranda Silva Neto (UNIODONTO)** informou que teve problema com a avaliação prévia, pois a disponibilização da avaliação não chegara à Uniodonto do Brasil, nem à Central Nacional Unimed com a antecedência de 15 dias para manifestações e pedidos de alteração, como constante na RN 139. Com relação propriamente aos indicadores, disse entender que continuava um problema, já que quem constituía mais garantia do que aquela determinada pela norma estava sendo prejudicado; se a operadora, sendo mais previdente, contabilizasse valores superiores àqueles a que estivesse obrigada pela norma, estaria sendo prejudicada no Programa de Qualificação, já que o excesso da PEONA, além do definido no escalonamento, reduz a liquidez corrente. Disse que, para ele, isso era uma incoerência que não tinha como ser superada, devendo ser revista. Apontou também que enquanto não houvesse trânsito em julgado do julgamento de processo de fiscalização, as operadoras não deveriam ser pontuadas negativamente na dimensão satisfação do beneficiário, não podendo ser considerada a mera autuação ou julgamento do chefe do NURAF, ou até mesmo do diretor como fato de prejuízo na pontuação. Com relação à divulgação, disse achar que alguma notícia deveria ser dada, quando da reclassificação de alguma empresa, justificando que se ela saltasse de 0,39 para 0,8, alguma menção a Agência teria que dar, uma vez que o programa não é para detectar as falhas de informação, e sim para classificar as operadoras pelo que realmente elas estão realizando dentro do programa. Retomando a palavra, o Dr. **Fausto Pereira dos Santos (ANS)** explicou que o portal da ANS havia feito a chamada, informando sobre a avaliação e o tempo para apreciação das entidades antes da divulgação. Disse que procurariam descobrir o que acontecera especificamente com essa comunicação com a UNIODONTO, pois todas as outras empresas e entidades avaliadas haviam recebido a comunicação da ANS. Sobre a questão do transitado em julgado, informou que a ANS não estava tratando de um processo administrativo que geraria ou não uma punição para a operadora, mas destacou que o conjunto de reclamações e/ou processos que são abertos em cada um dos núcleos ou no conjunto dos núcleos pelo País, para a ANS, era um indicador pelo menos de relação conturbada entre beneficiário e operadora. Destacou que a ANS não estava imputando nenhuma punição, mas procurando aferir, por medidas indiretas, a questão da satisfação do beneficiário. Sobre a divulgação dos resultados da reclassificação, concordou, dizendo que se a operadora argüiu, foi entendido que ela passaria por um processo de reclassificação, assim como a ANS divulgara a primeira, ela teria que divulgar a segunda nota e outra questão que a ANS está procurando também discernir, é sobre o que é uma falha sistemática e o que é uma falha ocasional, por erro de transmissão, por erro fortuito. A seguir, o Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso (ANS)**, informou que as questões sobre a especificidade e oportunidade dos índices foram amplamente discutidas em câmara técnica que antecedeu o projeto da qualificação e explicou que em relação ao índice apontado pelo Dr. Egberto (UNIODONTO), o que estava ali explicitado eram índices que incentivavam a liquidez, solvência e a geração de caixa da operadora, nada mais que isso, não havendo nenhuma punição. Informou que era necessário existir sim um equilíbrio na operadora entre provisionar e ter liquidez, entre garantir os compromissos presentes e os compromissos futuros e que o assunto poderia ser discutido tecnicamente caso seja necessário. Em seguida, o Dr. **Aloísio Tibiriçá Miranda (CFM)** disse que a qualificação das operadoras através dos

prestadores é uma questão muito importante. Informou que já mandara entregar oficialmente ao Dr. Fausto, a posição oficial do CFM, que aponta para a necessidade de um fórum de discussão maior com os prestadores, em relação à proposta de qualificação, pois considera insuficiente uma câmara técnica para discutir o assunto. Disse também que hoje a relação operadora/prestador uma relação desqualificada, e que este assunto deveria constar como item de qualificação. Discorreu sobre as distorções da RN em relação à divulgação, dizendo ser de difícil acesso as informações no próprio site da ANS e que haveria outras questões importantes a serem discutidas como por exemplo a adesão ao TISS como fator de qualificação do prestador. O **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) informou ao **Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda** (CFM) que ainda havia um amplo espaço para que pudesse se discutir a questão da qualificação dos prestadores. Disse ainda ser um conjunto de questões que a ANS deveria discutir no segundo semestre de 2009 e no início de 2010, e agradeceu as contribuições que o CFM apresentou, reputando serem extremamente importantes e se comprometendo, assim que possível, realizar a discussão proposta. O **Dr. Alfredo Luis de Almeida Cardoso** (ANS), informou que as preocupações externadas pelo **Dr. Aloísio** (CFM) também eram preocupações da Agência que encontra-se à disposição para abrir uma pauta para que o fórum proposto seja feito da forma mais ampla e democrática possível. Em seguida, o **Dr. Márcio Serôa Araújo Coriolano** (FENASEG) discorreu sobre a posição da Federação de que a qualificação deveria ser realizada por órgão independente e solicitou à Diretoria da Agência uma reflexão com relação à questão dos indicadores da satisfação do beneficiário. Disse concordar com o Dr. Egberto sobre a necessidade de ter um indicador absolutamente objetivo em relação a isso, uma vez que os indicadores atuais dizem respeito a uma expectativa de direito e não ao direito efetivo do beneficiário, prejudicando desta forma a nota de muitas operadoras. A **Dra. Josefa Renê Santos Patriota** (ADUSEPS) disse considerar a apresentação confusa e pouco esclarecedora. Defendeu que precisava ficar claro para o consumidor qual produto seria bom ou ruim, citando experiências ocorridas em Pernambuco. Indagou sobre o papel da ANS na regulação e no cuidado com os idosos, exemplificando casos de exclusão de agregados idosos em algumas operadoras. Questionou também sobre a fiscalização de procedimentos e preços nocivos praticados pelo mercado e sobre a cobertura para gestantes em casos de prematuridade. Propôs que houvesse maior proatividade em relação à qualificação e uma parceria concreta de trabalho da ANS com as entidades de defesa do consumidor, para o bem da sociedade. O **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) justificou que a apresentação não teve a pretensão de chegar ao detalhe sugerido pela **Dra. Josefa Renê Santos Patriota** (ADUSEPS) e informou que o relatório completo e detalhado estaria disponível no site da ANS. A **Dra. Josefa Renê Santos Patriota** (ADUSEPS) indagou sobre a situação da qualificação das emergências nos hospitais conveniados aos planos, havendo incoerência entre o que a operadora propagava e os serviços prestados pelos hospitais. O **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) respondeu que o programa de qualificação não alcança essa especificidade da relação contratual de uma operadora com os seus prestadores, nem tampouco a regulação alcança o marketing dos hospitais. Em seguida, o **Dr. Benício Paiva Mesquita** (CFO) indagou sobre a razão de se considerar para composição da nota final apenas 10% em relação à satisfação do usuário, uma vez que esta é uma peça fundamental na questão. Ademais, disse concordar com o **Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda** (CFM), sobre a realização de um seminário para a discussão da

qualificação dos prestadores, onde todos os segmentos fossem contemplados. Em resposta, a **Dra. Alexia Ferreira** (ANS), informou que a idéia é tentar preservar o equilíbrio na composição dos índices e que havia, na estrutura e operação e na satisfação do beneficiário, um conjunto menor de informações, não obstante sua importância.

ITEM II – RN 195/200 - a) Considerações da ANS sobre os questionamentos apresentados; O **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) iniciou informando que esse processo fora bastante discutido tanto na Câmara de Saúde Suplementar como nas Câmaras Técnicas, passando também por consulta pública. Informou que após a edição da 195/196, a ANS recebeu, por parte dos diversos setores, contribuições e arguições sobre a necessidade de alteração nas normas. Apontou que algumas dessas dúvidas eram mais agudas e foram contempladas na edição da RN 200, junto com a ampliação do prazo para entrada em vigor da norma, agora previsto para 15 de outubro. Informou que em relação ao SIB, a idéia é que as informações do titular que deixou o plano, no qual permaneçam seus dependentes, continue no SIB. A operadora deve informar o cancelamento do titular e a motivação. No conjunto das motivações vai estar permitido incorporar essa situação nova prevista pela resolução. Em relação à questão dos terceirizados, informou que no entendimento da ANS eles não figuravam entre os beneficiários elegíveis, da mesma forma os procuradores não eram atingidos pela questão da elegibilidade do plano empresarial. Sobre dúvidas, disse que a RN estabelecia a DIOPE, em caráter monocrático, para decidir sobre a questão da instituição de plano por entidade de caráter setorial. Disse esperar que o conjunto das dúvidas fosse mínimo e que as próprias operadoras e os contratantes pessoas jurídicas pudessem superar alguns dos dilemas de elegibilidade, sem criar uma sistemática de recorrer a uma posição da ANS continuamente. Respondendo se os planos de autogestões registrados na Agência passariam a ser empresariais, disse que se fossem estabelecidos em base de vínculos empregatício ou estatutários, sim, se fossem coletivos por adesão, não, continuando coletivos por adesão e que tudo aquilo que fosse contraditório entre as RNs 135, 148 e a 195, prevaleceria o entendimento da RN137/148. Explicou que a regra não pretende cravar o dia 15 de outubro como um mês universal dos reajustes de planos coletivos, sendo válido o que estiver sido estabelecido em contrato, sendo vedado o parcelamento do reajuste, mas que esta questão será ainda rediscutida.. O **Dr. Márcio Serôa Araújo Coriolano** (FENASEG), comentando sobre os reajustes, defendeu a necessidade de unificação do entendimento para todos os segmentos do setor e não só para as autogestões, por se tratar de uma questão competitiva do mercado. O **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) respondeu que a questão da recomposição em menos de 12 meses por causa da questão orçamentária valeria também para as outras modalidades e não só para as autogestões, uma vez que as empresas privadas também tenham contratos com os órgãos públicos. Explicou que está claro na norma que o reajuste deverá ser único e aplicado de 12 em 12 meses e que se o agregado e o titular estiverem no mesmo plano, ele vai ter apenas e tão somente um preço e um reajuste, o que não significa que a operadora ou o contratante pessoa jurídica não possa, eventualmente, separar, dentro da mesma operadora, o plano do agregado do plano do titular. Discorreu sobre a entrada de beneficiários e preços e explicou que em vários momentos, principalmente na questão do empresarial, haverá contratos com menos de 12 meses, que atendam a questões sazonais, de mudança de grande número de trabalhadores e que será vedado nesses contratos, ao serem renovados, num

período inferior a 12 meses, uma atualização de preço, porque aí poderia caracterizar a fragmentação do contrato e a formatação de contratos sucessivos em períodos menores do que 12 meses e que isso poderia ser uma forma de eventualmente não cumprir a questão dos 12 meses. Informou que os contratos aditados vão conter regras para o ingresso de novos beneficiários, mas ele não provoca qualquer exclusão ou constituição de vínculo individual dos antigos beneficiários, ou seja, o contrato em vigor será preservado, desde que de interesse da pessoa jurídica contratante e da operadora e também que os produtos com registro na ANS serão reclassificados e a operadora terá o prazo estipulado em publicação de regulamentação específica para substituir a informação de dispositivos de instrumento jurídico. Continuando, a esclarecer as dúvidas, disse que qualquer contratante pessoa jurídica pode acertar com qualquer operadora o contrato de forma direta e a administradora pode participar ou não desse contrato e podendo participar de duas formas, ou basicamente como assessoria, como uma terceirização de alguns dos serviços que o contratante, pessoa jurídica, possa vir a fazer, ou pode participar diretamente sendo o estipulante junto à operadora e, neste caso assume, a partir dali, uma série de responsabilidades em relação ao risco, à questão da elegibilidade, sendo co-responsável junto com a operadora por uma série de quesitos que estão previstos na legislação, mas de forma nenhuma é obrigatória a participação dela em nenhuma das relações contratuais alcançadas pela RN195. Explicou também que quando o contrato for feito pela administradora, em relação ao reajuste, vale a data da realização do contrato entre a administradora e a operadora e não da adesão de cada uma das associações e/ou empresas naquele processo, para que o conjunto do reajuste seja uniformizado e para que se tenha a vantagem da agregação por pool. Em relação à questão da carência, disse que esta se dá no momento da adesão do contratante pessoa jurídica, seja ele de caráter associativo ou empresarial, ao contrato organizado pela administradora. Então, a questão do prazo dos 30 dias, do aniversário, da elegibilidade, todos vão estar relacionados ao momento da adesão do contratante pessoa jurídica. Finalizando, explicou que as sanções previstas na RN 195 aplicam-se também às administradoras de benefícios. Passando-se aos debates, a **Dra. Iolanda Ramos** (UNIDAS), manifestou uma preocupação sobre a questão da carência. Disse que pela forma como ficara a resposta, bastante genérica, poderia causar dúvidas para as filiadas da UNIDAS. Pediu esclarecimentos sobre a questão dos planos que, dentro de uma mesma carteira, tinham categorias diferentes. Disse que normalmente na autogestão era um único plano para o empregado ativo, para os aposentados e para os agregados e indagou se agora teriam que ser feitos planos diferentes, para cada uma dessas categorias. Com a palavra o **Dr. Julcemar José Ragnini** (CMB) indagou como ficariam eventualmente os contratos coletivos a partir do dia 16 de outubro, onde não havia saído o registro do produto, se poderiam receber novas inclusões naquele produto ou como ficaria essa situação. O **Dr. Jorge Alves de Almeida Venâncio** (CGTB), disse achar que a norma tinha um avanço importante, pois alterava um quadro anterior em que era chamado de planos de saúde virtuais. Disse achar que as propostas de parcelar reajustes eram uma brecha para retorno ao modelo anterior e que isto deveria ser visto muito cuidadosamente. Disse que na visão da Central Geral dos Trabalhadores esse não era um caminho positivo. Levantou uma segunda questão, que chamou de negociação com chapéu alheio, apontando que na minuta inicial que fora apresentada para debate havia uma proposta de que uma parcela mínima do pagamento fosse feita pelo empregador, mas apontou que isso depois foi retirado e lhe parecia que nessa

questão havia ficado uma lacuna, na medida em que não se conseguiu avançar nessa questão de combater a negociação feita pelo empregador sem a participação do trabalhador. Disse entender que essa era uma atribuição do sindicato e que seria uma coisa importante de estar estabelecida na norma. Por último, manifestou a preocupação de que nos planos por adesão estava previsto que o pagamento passaria a ser feito pela entidade e não mais pelo beneficiário, o que era uma questão que estaria trazendo algum prejuízo porque a grande maioria dos sindicatos não tem poder financeiro para arcar com eventuais inadimplências. Disse ainda entender que problema do falso coletivo não se resolvia obrigando a entidade a se responsabilizar pelo pagamento das mensalidades do plano. Respondendo às questões, o **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) informou que a questão do agregado dentro do mesmo plano era uma decisão unívoca da operadora junto com seu contratante. Ressaltou, entretanto, que se colocasse no mesmo plano, teria que ter o mesmo reajuste. Disse, a respeito do dependente obrigatório, que a questão independe se ele é elegível ou não ou ajustado ou não. Sobre a questão levantada pelo **Dr. Julcemar José Ragnini** (CMB), explicou que na questão do prazo para novos registros e novas inclusões, se a operadora não tiver ajustado na RN 195 não inclui. Sobre as questões apresentadas pelo **Dr. Jorge Alves de Almeida Venâncio** (CGTB), apontou que a norma procurou alcançar os elegíveis e os não elegíveis, mas procurou também alcançar um pouco do mundo cotidiano. Em seguida esclareceu que a Agência não queria eximir a responsabilidade do contratante pessoa jurídica com o conjunto das questões levantadas pela norma. Disse que a forma como ele faria, inclusive podendo usar uma série de artifícios que não necessariamente a inclusão de uma administradora de benefícios, ficaria a seu critério. Por último, disse que no entendimento da ANS, na 196 ficara bastante claro qual era o papel da administradora. Informou que em algum momento que ficasse caracterizado que essa administradora estava operando em nome da operadora e não em nome do conjunto dos seus contratantes, claramente estaria infringindo a norma. Com a palavra o **Dr. José Cláudio Ribeiro Oliveira** (UNIMED), indagou que em relação ao reajuste de preço, se ele tinha poder de rescindir o contrato e fazer outro sem qualquer problema, por que não poder repactuar o valor das contraprestações antes do período de 12 meses? Se a empresa contratante não está concedendo qualquer “benefício com chapéu alheio”, qual o problema da repactuação? Ressaltou, ainda, que é comum a redução do reajuste pretendido pela operadora quando é pactuada uma revisão em prazo inferior a 12 meses, pois nesses casos o risco é reduzido. Sobre a questão do pagamento pelo próprio beneficiário, disse que muitos sindicatos e associações não teriam como assumir essa responsabilidade e aqueles que assumissem teriam problemas: no caso uma inadimplência significativa a entidade não teria como honrar a fatura, levando a operadora a suspender o atendimento de todos os seus beneficiários, e aquele beneficiário que pagou entraria com ação contra a associação e contra a operadora e disse duvidar que o juiz não daria a liminar para ele, obrigando a operadora a dar o atendimento. Disse entender que essa norma não beneficiava o contratante, não beneficiava a operadora e em princípio estaria beneficiando só a administradora de benefícios. Sugeriu, também, que a Agência revisse a questão dos terceirizados, argumentando que existem terceirizados que são eventuais e terceirizados que são regulares. Sobre a questão do prazo para aditivar os contratos atuais, disse achar razoável que fosse postergado para a data do aniversário do contrato. Respondendo algumas questões, o **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS) rechaçou a questão de beneficiar a administradora

de benefícios. Explicou que a questão dos não elegíveis não se resolvia inclusive com a questão da administradora, pois se não era elegível, seria não elegível em todas as situações, não que via administradora o não elegível pudesse alcançar a organização de um plano coletivo. Disse ainda estar afastando a possibilidade de que o contratante pessoa jurídica não assumisse as responsabilidades da organização do plano coletivo. Sobre a questão do prazo, disse ser uma questão que preocupava também à ANS, não somente as operadoras ou somente os sindicatos. Assegurou que a ANS divulgaria tanto as INs quanto seus entendimentos muito antes de 15 de outubro. Com a palavra o **Dr. Márcio Serôa Araújo Coriolano** (FENASEG) endossou a proposta do **Dr. José Cláudio Ribeiro Oliveira** (UNIMED), reputando ser a proposta mais ponderada de todas, a de se fazer essa transição na data de aniversário de cada contrato e que o parcelamento de reajustes não significa atropelamento da norma e sim, um negociação entre pessoas e empresas responsáveis. Disse entender que não se pode fazer distinção só porque o setor público é de um jeito, a norma teria que ir naquela direção e outro setor, o privado, ficaria na norma tal como foi considerado inicialmente. Insistiu também na questão dos trabalhadores terceirizados. Apontou não achar justo que o profissional não pudesse se filiar ao plano da empresa da qual ele era colaborador. Sugeriu que a ANS deixasse claro alguns conceitos para evitar alguma confusão e disse concordar que as entidades como os sindicatos terão dificuldades em bancar o risco diante da inadimplência dos beneficiários. Indagou também sobre o real papel da administradora de benefícios. **Dr. Sérgio Augusto Werneck de Almeida** (Procon/SJC) disse achar necessário existir maior regulação na negociação de reajustes ou até mesmo alguma auditoria. Apontou também que deveria, por uma questão de justiça e até de equilíbrio, que a massa de beneficiários tivesse o reajuste amarrado à proporcionalidade do período que ela participou daquele plano e não dos 12 meses que antecederam. Sugeriu que a Agência pudesse pensar em talvez amarrar o ingresso da massa na data de aniversário do contrato ou que levasse em consideração a proporcionalidade do número de meses que esta participou do contrato. O **Dr. Egberto Miranda Silva Neto** (UNIODONTO) disse ser necessário verificar se o SIB permitirá a manutenção do grupo familiar sem um titular ativo no plano, ou que se possa indicar que o titular pertença a outro plano da operadora, já que a versão do aplicativo divulgada no dia 24 de agosto somente menciona contemplar os casos de portabilidade, nada diz sobre os inativos e o disposto na RN nº 195. Chamou a atenção a respeito do eslaide apresentado sobre a relação de parentesco, que somente explicitou a relação por afinidade, lembrou que a relação consanguínea atingirá, se previsto em contrato, dos bisavós aos bisnetos, tios e sobrinhos do titular. Passou a comentar os dispositivos da norma; fez uma série de ponderações e perguntas. Pediu confirmação se o texto fazia distinção de contrato e plano, assim, por meio de um contrato, poderiam ser contratados vários planos, cada um com sua característica e preço. Se há diferença entre a “responsabilidade” mencionada nos arts. 8º e 13, e a relação do art. 14 (cobrar as contraprestações diretamente ao usuário), e se os inativos pelo benefício legal (arts. 30 e 31 da lei) poderão ser incluídos em planos coletivos por adesão, ou em plano empresarial específico, caso a empresa empregadora não os queira manter no mesmo plano? Sugeriu, sobre o assunto, que houvesse combinação de dispositivos (arts. 13, 14 e 15) da resolução, apontou a dúvida de estar vedada a aplicação do art. 5º aos inativos dos arts. 30 e 31 da lei, e a possibilidade de cobrança a esses inativos no contrato por adesão, apesar de parecer não estarem incluídos na contratação pelo art. 9º. Lembrou que na contratação das cooperativas, as pessoas jurídicas

são tributadas pela Previdência quando são as responsáveis pelo pagamento da contraprestação, o que representa um prejuízo no aspecto concorrencial, assim, solicitou reconsideração da Diretoria Colegiada. Requereu especial atenção e flexibilização para os planos odontológicos em regime misto de pagamento, de modo a ser possível à operadora cobrar diretamente do usuário ao menos a parte em preço pós-estabelecido. Quanto ao disposto no art. 16, considera necessária a ressalva às exigências da própria regulamentação, tais como as RNs nºs 117 e 162. Pleiteou a redução do prazo de notificação prévia para a rescisão dos contratos (art. 17), eis que há tendência a ocorrer abuso durante tal período. No que se refere à vedação de reajuste e revisão em intervalo inferior a doze meses, demonstrou preocupação com o entendimento apresentado, eis que é uma praxe no mercado; e ainda, o parcelamento da variação é uma solicitação da própria pessoa jurídica contratante que não deseja o impacto em um único momento, notadamente nos planos empresariais. Salientou que deveria estar prevista a diferenciação de preços por região (art. 21 e 22 da resolução) e poder ser adotado percentual diferenciado para essas regiões (art. 20). Indagou sobre o prazo que a DIOPE levará para definição das pessoas jurídicas cujo enquadramento de elegibilidade houvesse dúvida, e se entidades como Maçonaria e Rotary estariam contempladas no art. 9º da RN nº 195, e qual seria o entendimento para os Clubes dos Diretores Lojistas e assemelhados, que são estipulantes em contratos, mas não podem ser confundidos com administradoras de benefícios, eis que mantêm relação associativa com suas associadas, e, pelo fato de a relação final dos beneficiários ser de emprego, qual classificação prevaleceria na relação: empresarial ou por adesão. Perguntou se as empresas de prestação de serviços exclusivamente de cobrança, por exemplo, estariam impedidas de atuar no mercado de saúde, apesar de não se assemelharem às empresas definidas como administradoras pelos incisos do caput do art. 2º da RN nº 196. Em seguida, afirmou que a intermediação da relação entre cooperativas e as clientes por uma administradora de benefícios enfraquece os laços e onera a contratação, além de engessar o mercado aos contratos celebrados até a vigência da resolução. Por fim, indagou se caberá à administradora de benefícios solicitar a suspensão de atendimento de determinados beneficiários de contratos em ela figurar como estipulante, e se estará permitida a cobrança diretamente do usuário de preço diverso daquele contratado para o plano com a operadora. **A Dra. Josefa René Santos Patriota** (ADUSEPS) indagou sobre a razão de a ANS ter regularizado as administradoras de benefício, citando algumas situações de exclusão de beneficiários e sugeriu que a ANS resolva também a situação dos filhos dos dependentes. Respondendo à questão levantada pelo **Dr. Sérgio Augusto Werneck de Almeida** (Procon/SJC), o **Dr. Fausto Pereira dos Santos** (ANS), apontou que nem a ANS nem a edição da norma alcançavam as distorções do relacionamento, seja de pessoas físicas ou de pessoas jurídicas quando existe a intencionalidade de se burlar ou de se procurar vantagens próprias. Reafirmou que a ANS entendia que a forma de coletivização era uma boa forma de adesão das pessoas aos planos de saúde. Afirmou que a maior atribuição da ANS era buscar o equilíbrio dentro da função do setor, não de ter uma atitude pró-consumidor ou pró-operadora e que em nenhum momento a norma disse que o mesmo grupo econômico não pode ter administradora e não pode ter operadora. O **Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda** (CFM) disse que a questão da regulamentação e regulação do prestador era subestimada pela ANS. Apontou que no dia em que se discutisse alguma resolução da ANS em que o prestador fosse mais bem contemplado, o CFM ficaria bastante satisfeito. Por fim, destacou ser essa uma

discussão importante e necessária. Com a palavra o **Dr. Hamilton Dias Moura** (Nova Central), disse achar que a relação promíscua com as operadoras poderia pelo menos ter uma “peneira” através da administradora de benefícios. Defendeu que os sindicatos deveriam ser o estipulante do contrato, reafirmando a disposição das centrais sindicais para debater todos os assuntos tratados, e citou um fato ocorrido em Belo Horizonte com um trabalhador. O **Dr. Benício Paiva Mesquita** (CFO) reiterou seu posicionamento em relação à defesa dos sindicatos, dos conselhos e associações, discordando de que seriam meras fornecedoras de cadastro, pois elas negociam direto com as operadoras.

b) Manual para Contratação de Plano e Guia de Leitura Contratual. Passando-se ao ponto b do Item II, o **Dr. Everardo Braga** (ANS) apresentou o Manual de Orientação para Contratação de Planos e o Guia de Leitura Contratual, destacando a obrigatoriedade das operadoras em seguir na íntegra o seu conteúdo, podendo ficar a diagramação à vontade da operadora, mas cujo conteúdo que deveria ser observado, especialmente em relação àquelas questões de tamanho de letra, espaçamento que tem na legislação específica de consumidor. Informou que tanto o manual quanto o guia de leitura contratual só se aplicavam para os novos ingressos, nos planos após a vigência da nova norma, ou naqueles contratos que estavam em vigência atualmente e que fossem aditivados para ficarem adequados à nova norma. Passando aos debates, o **Dr. Egberto Miranda Silva Neto** (UNIODONTO) indagou se no contrato coletivo seria obrigado a fazer um impresso e entregar a cada um se o beneficiário solicitasse ou se bastava enviar, o arquivo digital para a empresa ou a associação que lhe contratara. O **Dr. Everardo Braga** (ANS) esclareceu que a entrega dos documentos, assim como estava dito na resolução, era ao beneficiário, usuário final, e o que ficava dependente de demanda do beneficiário era a cópia do contrato à pessoa jurídica contratante. A seguir, o **Dr. Alfredo Luiz de Almeida Cardoso** (ANS) informou que esse material estaria disponível para todos e sujeito a alguma sugestão ou crítica que porventura ainda houvesse, antes da sua edição.

ITEM III – Programa de Promoção e Prevenção 2009 – IN 01 DIOPE/DIPRO. Com a palavra a **Dra. Martha Oliveira** (ANS), iniciou sua apresentação apontando uma novidade no programa, que estabelece um novo incentivo para criação dos programas de promoção e prevenção. Disse que a IN estabelecia que qualquer gasto feito com promoção e prevenção, entraria no plano de contas como um investimento e não como gasto. A seguir, informou que 422 tentaram fazer o cadastro, tendo sido concluídos 105. Destes foram aprovados 26 programas de 15 operadoras. Informou que têm sido feitas oficinas regionais para tentar discutir os erros cometidos pelos proponentes, e que o cadastro em si é um grande estímulo aos programas. Disse também que está disponível no site da ANS a lista das operadoras e seus programas, bem como os seus certificados.

ITEM IV – Resultados da Câmara Técnica do Rol de Procedimentos. O **Dr. Alfredo José Monteiro Scaff** (ANS) iniciou sua apresentação informando que houve 7 reuniões do grupo técnico ao longo do primeiro semestre, além de outras 3 com representantes de conselhos de cada categoria profissional. Informou que a Diretoria Colegiada deliberou que a consulta pública do rol entraria no ar a partir do dia 8 de setembro, ficando disponibilizada até o dia 9 de outubro. Informou também que a proposta era a publicação do novo rol ainda até o final do

436 ano de 2009, e que no primeiro trimestre de 2010 entrava em vigor esse novo rol de
437 procedimentos e eventos. Esclareceu que a proposta da Consulta Pública era disponibilizar as
438 informações para o público em geral, dar transparência, tornar o processo mais democrático
439 possível e receber de forma organizada as demandas que viessem por parte dos interessados.
440 Sobre as novidades, informou que o novo rol unificava o conjunto de normas, a 167 e a 154,
441 tendo sido uma coisa muito debatida pelo grupo técnico. Explicou que antes havia um rol
442 odontológico e um rol de eventos em saúde e que agora haveria somente o rol de eventos em
443 saúde e na tabela, se alguém quisesse produzir só os procedimentos odontológicos, seria
444 apenas colocar um filtro que apareceriam só os odontológicos, só os obstétricos ou só os
445 ambulatoriais. A seguir, passou a exemplificar alguns procedimentos e eventos que foram
446 incorporados ao rol, esclarecendo que a idéia da diretriz de utilização era para organizar a
447 utilização do procedimento de alto custo. Por fim, informou que foi gasto um semestre inteiro
448 para produzir essa proposta, de forma bastante participativa, com mais de 30 entidades
449 representadas. **A Sra. Josefa René Santos Patriota (ADUSEPS)** comentou sobre a
450 necessidade de inclusão no Rol das questões relacionadas aos acidentes de trabalho e
451 necessidade de discutir as coberturas assistenciais para os contratos antigos.

452 **ITEM V – INFORME – Informativo sobre o II Seminário de Atenção à Saúde e**
453 **Lançamento das Primeiras Diretrizes Clínicas, Convênio entre ANS e AMB, nos dias 22**
454 **e 23 de outubro na cidade de Brasília.** O **Dr. Alfredo José Monteiro Scaff (ANS)**
455 informou que o II Seminário de Atenção à Saúde, a ser realizado dias 22 e 23 de outubro em
456 Brasília traz a proposta de se fazer uma discussão sobre os modelos de atenção à saúde na
457 saúde suplementar. Explicou que a Agência fez um esforço grande e que estaria lançando 8
458 publicações nesse dia. Disse ainda que o núcleo dessas publicações girava em torno das
459 diretrizes clínicas elaboradas pela ANS, AMB e o CFM.

460 Em outros assuntos, O **Dr. Egberto Miranda Silva Neto (UNIODONTO)** disse estar
461 encontrando problemas com relação ao Termo de Ajuste de Conduta, pois não lhe era enviado
462 uma minuta para sugestão e sim uma já pronta para assinatura. Disse também estar
463 encontrando dificuldades com os NURAFs, pois estavam exigindo o contrato entre cooperado
464 e cooperativa, o que, em sua opinião, denotava uma falta de orientação na fiscalização. O **Dr.**
465 **Fausto Pereira dos Santos (ANS)** solicitou que encaminhasse as duas questões para o Dr.
466 Hésio, responsável pela área na ANS, para discutirem as questões. Não havendo mais
467 assuntos a tratar, o **Dr. Fausto Pereira dos Santos (ANS)** encerrou a reunião agradecendo a
468 presença e a disponibilidade de todos os presentes.

469 Ministério da Saúde

470 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS

- 471 Ministério da Previdência Social
- 472 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 473 Conselho Federal de Medicina - CFM
- 474 Conf. Santas Casas de Misericórdia, Hosp. Entid. Filantrópicas – CMB
- 475 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 476 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estab. e Serviços – CNS
- 477 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN
- 478 FORÇA SINDICAL
- 479 Fed. Nac. das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 480 Fundação PROCON São Paulo
- 481 Fundação PROCON SJC

- 482 Cooperativa de Serviços Odontológicos/ UNIODONTO
- 483 Associação Brasileira De Defesa do Consumidor – ADUSEPS
- 484 Confederação Nac. das Cooperativas Médicas – UNIMED DO BRASIL
- 485 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 486 Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG
- 487 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 488 Ministério da Fazenda – MF
- 489 Associação Brasileira de Defesa do Consumidor - PRO TESTE
- 490 Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde – FCFAS (COFFITO)
- 491 Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde – FCFAS (CFN)