



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

1 Às dez horas do dia trinta e um de agosto de dois mil, nesta cidade à Esplanada dos
2 Ministérios – Bloco G – Anexo - 1º Andar – sala de reuniões do Conselho Nacional de
3 Saúde, foi realizada a décima terceira reunião da Câmara de Saúde Suplementar,
4 integrante da ANS, como órgão de caráter permanente e consultivo, criado de acordo
5 com o Parágrafo único do Art. 5º e o Art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.
6 A reunião foi presidida pelo Sr. Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde
7 Suplementar, Dr. **Januario Montone** e contou com a participação dos diretores da ANS
8 convidados: Dr. **João Luis Barroca de Andréa**, Diretor Normas e Habilitação dos
9 Produtos, Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**, Diretora de Normas e Habilitação
10 das Operadoras da ANS e Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de Fiscalização da ANS.
11 Os membros da Câmara de Saúde Suplementar que participaram da reunião foram:
12 Dra. **Claúdia Muros Gurgel**, representante do Ministério do Trabalho e Emprego; Dr.
13 **Mário César Scheffer**, representante do Conselho Nacional de Saúde; Dr. **Carlos**
14 **Alberto Gebrim Preto**, representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais
15 de Saúde; Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, representante do Conselho Federal
16 de Medicina; Dr. **Augusto Tadeu Ribeiro Santana**, representante do Conselho
17 Federal de Odontologia; Dr. **Germano Luís Delgado de Vasconcelos**, representante
18 do Conselho Federal de Enfermagem; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo**,
19 representante da Federação Brasileira de Hospitais; Dr. **Danilo Valter Bernik**,
20 representante da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e
21 Serviços; Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior** e Dr. **José Luiz Spigolon**,
22 representantes da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e
23 Entidades Filantrópicas; Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, representante da
24 Confederação Nacional do Comércio; Dra. **Lucia Helena Magalhães Lopes da Silva**,
25 do PROCON, representante das Entidades de Defesa do Consumidor; Dra. **Lynn Dee**
26 **Silver**, do IDEC, representante das Associações de Consumidores de Planos Privados
27 de Assistência à Saúde; Dr. **José Carlos Bitencourt de Andrade** e Dr. **Roberto**
28 **Cury**, representantes do segmento de Autogestão; Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**,
29 representante do segmento de Medicina de Grupo; Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**,
30 representante das Cooperativas de Serviços Médicos; Dr. **Randal Luiz Zanetti**,
31 representante das Empresas de Odontologia de Grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel**
32 **Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, representantes das Cooperativas de
33 Serviços Odontológicos. Participaram ainda os seguintes convidados: Dr. **Celso**
34 **Barbosa de Almeida**, do Ministério da Fazenda; Dr. **César Augusto Dias Torres**, da
35 FENASEG e Dras. **Maria Angélica Fonseca de Mesquita** e **Dagmar de Oliveira** da
36 ANS. Os participantes foram recepcionados e, na oportunidade, foram colhidas em
37 relatório à parte suas assinaturas na lista de presença. Cada representação recebeu
38 uma pasta contendo: a pauta da reunião; minuta da Ata da Reunião de 27 de julho de
39 2000, texto consolidado da MP 1.976-30, de 28 de Agosto de 2000; cópia da proposta



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

40 preliminar de "Revisão Técnica"- encaminhada aos membros da Câmara e cópia da
41 Resolução – RDC/ANS nº 27, de 26 de Junho de 2000. Compunham a pauta da reunião
42 os seguintes itens: leitura, discussão, aprovação e assinatura da ata da reunião da
43 Câmara de Saúde Suplementar de 27 de julho de 2000; política de reajustes e,
44 processo e metodologia de revisão técnica – discussão preliminar. **Dr. Januario** deu
45 início à reunião, saudando os representantes e convidados da Câmara e agradecendo a
46 presença de todos. Em relação à Ata da reunião anterior da Câmara de Saúde
47 Suplementar, informou que todas as alterações remetidas por escrito à mesa, inclusive
48 aquelas enviadas à Secretaria anteriormente à reunião, foram acatadas e colocou-a em
49 votação, sendo a mesma aprovada por unanimidade. Por fim, solicitou que a ata
50 aprovada fosse assinada até o final da reunião. Passou, então, ao informe referente à
51 reedição de agosto da MP-1976- 30, que alterou a redação do inciso IV do artigo 35-A,
52 relativo ao CONSU. Explicou que, apesar do Conselho de Saúde Suplementar ter
53 passado por uma reorganização, tanto na sua composição quanto nas suas atribuições,
54 em setembro de 1999, não foi revisto na época da implantação da ANS, permanecendo
55 a necessidade de adaptar as competências CONSU à existência da agência reguladora.
56 Assim, a competência do referido Conselho de normatizar quanto à constituição,
57 organização, funcionamento e fiscalização das operadoras, foi alterada para que fixe
58 diretrizes sobre a matéria, ficando os atos normativos na esfera da ANS. Informou,
59 também, que buscando aparelhar-se e criar uma metodologia organizacional a mais
60 adequada para fazer frente aos seus desafios, a Agência iniciou um amplo processo de
61 planejamento estratégico, que terá a fase de debates internos e a fase onde se buscará
62 a opinião os agentes externos à Agência participes de todo esse processo, sendo a
63 Câmara de Saúde Suplementar um dos focos que deverá ser incluído, razão pela qual
64 solicita que todos prestem colaboração neste processo, que será um instrumento
65 fundamental de trabalho para a Diretoria e os demais níveis gerenciais da própria
66 Agência. O **Dr. José Carlos** registrou, antes da discussão da pauta, sua posição
67 contrária quanto a permanência do art. 34 nas reedições da Medida Provisória,
68 considerando-o inadequado, pois o mesmo permite interpretar que é necessário
69 constituir uma nova pessoa jurídica para gerenciar o plano de uma empresa que o
70 administra diretamente. O **Dr. Januario** passou ao item da pauta sobre a política de
71 reajustes, afirmando que o objetivo é ampliar o processo de discussão sobre
72 mecanismos de reajuste e de controle de preços no setor, não apenas no contexto de
73 uma política de reajuste de preço das mensalidades ou das formas de pagamento dos
74 planos de assistência à saúde, mas num aspecto mais geral de financiamento do setor
75 de saúde suplementar, enfrentando discussão dos contratos antigos e da migração no
76 caso de novos contratos. Neste sentido e para que se possa atingir a meta de até o
77 final do ano obter-se uma definição sobre o assunto, com maior possibilidade de
78 permanência e transparência, a ANS propõe a de formação de uma Câmara Técnica



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

79 com seu trabalho pautado dentro de diretrizes apresentadas pela Agência. O prazo
80 estabelecido para a indicação de representantes das entidades para compor a câmara
81 será até o dia 11 de setembro e o início de seus trabalhos também no mês de
82 setembro, com a finalização dos debates neste fórum, no máximo, em novembro. Nesta
83 reunião da Câmara de Saúde Suplementar, será feito um aprofundamento da discussão
84 da matéria no que se refere à metodologia e a base de informações que vêm sendo
85 utilizadas nesse processo, que abrange também o modelo de revisão técnica que vem
86 sendo implantado pela Agência. Passou então, a palavra ao Dr. Barroca para as
87 explicações da proposta. O **Dr. Barroca** afirmou que o encaminhamento proposto
88 deve-se, em parte, ao esforço que se fez para não se discutir apenas a questão do
89 reajuste, que é a ponta do **iceberg** ao qual estão vinculados vários outros temas aqui
90 já abordados pelo Presidente, como é o caso dos contratos antigos. Segundo estudos
91 internacionais, esse setor se sustenta com o chamado pacto intergeracional, ou seja, o
92 mais novo paga uma parte da assistência ao mais velho. Isso já foi até objeto de uma
93 Resolução CONSU, quando se sistematizou o máximo de até seis vezes em
94 contraposição às 33 vezes até então existentes. Mas o modelo teórico pressupõe a
95 existência de algo chamado pacto intergeracional, que sustenta que nesse tipo de
96 segmento tem de entrar novos consumidores para manter a estrutura saudável. Esta é
97 uma questão que deve ser colocada, não se restringindo apenas a ponta chamada
98 preço ou reajuste. Continuou dizendo que outra questão já discutida em vários foros de
99 debate é o fato da cadeia de produção ser dominada fundamentalmente pela oferta, no
100 setor saúde. Colocou a questão em forma de perguntas: há relação entre a quantidade
101 de tomógrafos existentes na Avenida Paulista e o impacto no preço final ao
102 consumidor? Existe mobilidade do consumidor? O regime de competição está instalado
103 em todas as suas formas? Por que é dito e repetido pelos economistas das mais
104 variadas linhas que esse mercado tem falhas estruturais? Uma é o desnível de
105 informação; outra é a baixa mobilidade. O consumidor que já tem um plano consegue
106 trocá-lo no momento em que quiser, ou só quando houver promoção ou for
107 interessante? Isso tem impacto na concorrência? Afirmou que sim e que este é outro
108 aspecto que está vinculado ao reajuste de preço. Disse, ainda, que quando se fala na
109 existência de três grandes grupos de contrato, o coletivo com patrocinador, o coletivo
110 sem patrocinador e o individual, torna-se clara uma situação, que é o pacto
111 intergeracional. A pirâmide de custo no individual tem de se manter, principalmente
112 quando os regimes de intervenção são diferenciados, até dentro da competência a que
113 a lei obriga: o controle absoluto da prévia autorização do contrato individual ou familiar.
114 No entanto, muitas empresas fazem com que exista essa inter-relação nesses grupos.
115 Era voz corrente no mercado que muitas vezes se subavaliava um coletivo na
116 expectativa de que houvesse alguma sobra – esclarecendo não ter usado a palavra
117 lucro, porque lucro é para as instituições que têm fins lucrativos, e existem entidades



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

118 que operam e não têm fins lucrativos. Enfim, tinha havido sobra no individual que
119 poderia estar, em tese, ajudando no financiamento do coletivo. Quando a ANS faz a
120 interpretação de que uma cláusula restritiva de cobertura é absurda e, portanto, deve
121 ser desqualificada ou nula perante o Judiciário, ela está correta. No entanto, no
122 momento em que se expande a cobertura de um contrato antigo e se tem um mesmo
123 índice para esse contrato, cria-se um contrato invencível. Quando se procura ver por
124 que não se faz a adaptação, verifica-se que não se pode desconsiderar essa questão.
125 Reafirmou a necessidade de se apresentar os problemas encontrados depois da
126 metodologia utilizada para esse período de transição. Dentro das diversas estruturas
127 de outros negócios existe o custo variável, que é o custo gerenciável e aquele que não
128 é gerenciável. Disse que muitas operadoras apresentam essa situação: 30% dos
129 usuários de um plano têm como base de referência um hospital, que, sabedor da sua
130 importância para a operadora, não quer os 5,42%, mas 15%. A ANS, então, autoriza a
131 contratação de outro hospital do mesmo nível. Mas o curioso é que existe o
132 entendimento de que aquele prestador tem de ser mantido de qualquer forma. Então,
133 propôs um tempo maior para discussão dos problemas, inclusive para não se incorrer
134 em erro, propondo que este problema seja avaliado segundo a sua dimensão e que
135 faria uma apresentação dos 5, 42%, mostrando por que a Diretoria da ANS fez essa
136 opção e como esse índice foi criado. Mas, isto não esgotará a questão, pois a discussão
137 de preço não vem sozinha, mas acompanhada de vários outros fatores, demandando
138 muito trabalho pela frente para se discutir sobre financiamento da sustentabilidade do
139 setor. A **Dr. Regina** concordou que a questão deva ser tratada tecnicamente, mas
140 achou importante, em razão de algumas empresas estarem praticando reajustes, que
141 se estabeleça um prazo para a apresentação do resultado dos trabalhos, bem como,
142 sejam apresentadas à esta Câmara as dificuldades que surgirem para que sejam
143 analisados os entraves e seja feito um balanço, pois algumas empresas estão
144 praticando reajustes. O **Dr. Barroca** considerou que os prazos são fundamentais e
145 quanto à prática de reajustes ilegais, disse ser importante que sejam denunciados à
146 Agência. O **Dr. Januario** reafirmou que a discussão em pauta visa organizar o futuro,
147 pois, apesar de transitória, a política de reajuste está absolutamente definida na forma
148 da lei, que vem sendo implantada e assegurada pela Agência. O **Dr. José Cláudio**
149 louvou a iniciativa da ANS de criar esta câmara técnica, tendo em vista que as
150 Resoluções 27, 28 e 29 foram editadas sem que as operadoras tivessem oportunidade
151 de apresentarem suas peculiaridades e dificuldades em relação aos critérios e
152 procedimentos para aplicação dos reajustes. Questionou se haverá espaço, nesta
153 Câmara Técnica, para discutir a possibilidade de se dar tratamento diferenciado às
154 cooperativas de pequeno porte. O **Dr. Januario** esclareceu que não há uma posição
155 preestabelecida e que o objetivo da câmara técnica é abordar o conjunto de desafios,
156 explorar as dificuldades existentes na organização do sistema e seus impactos e que, a



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

157 partir das diretrizes que serão propostas para discussão, poderão ser acrescentados os
158 assuntos que não tiverem sido contemplados. Quanto à questão da metodologia de
159 reajuste, solicitou ao Dr. Barroca que explicasse a mesma. O **Dr. Barroca**, explicou a
160 metodologia utilizada para autorização dos reajustes de 5,42%, levantou os três
161 pontos que foram referência para se chegar a esta decisão: o primeiro, de optar por
162 três tratamentos diferentes para três blocos de contratos distintos, desde a situação
163 legal de controlar e autorizar reajustes individuais até o caso do contrato coletivo sem
164 patrocinador, num regime de monitoramento; o segundo, de haver o entendimento de
165 não repassar custo a preço, ou seja, aumento na rede prestadora não deve ser
166 repassado; e o terceiro, a pouca quantidade de informações disponíveis capaz de
167 permitir uma avaliação mais precisa das duas grandes variáveis: custo unitário do
168 procedimento e a frequência. Optou-se por dois mecanismos: um chamado de reajuste
169 de custo e o outro chamado revisão técnica, este último, seria utilizado no caso da
170 operadora demonstrar que tal reajuste ameaça a solvência da empresa, criando-se
171 então a regra da revisão técnica. O reajuste anual foi adequado ao regime de um
172 modelo de regulação chamado “price cap”, que significa estabelecer determinado teto
173 para se admitir essa variação de custo. Optou-se por uma metodologia segundo a qual,
174 dentro de um macroprocesso, 75% foram considerados despesas assistenciais e 25%,
175 despesas administrativas, incluindo despesas de comercialização, de corretagem e de
176 administração propriamente dita. As despesas assistenciais foram corrigidas pela
177 variação do Grupo Saúde, do IPCA e do IBGE da região metropolitana de São Paulo,
178 expurgados os itens Planos de Saúde, Cuidados Pessoais e as despesas administrativas
179 que foram corrigidas pela variação do índice geral do IPCA e do IBGE nacional. Adotou-
180 se os meses de aplicação de maio a julho, período em que há enorme concentração de
181 reajuste, além do estoque anterior em que deveria ser feito esse reajuste, e que o
182 período de doze meses terminado em abril de 2000 constituía uma referência
183 temporária, base para medir a variação anual de custo das operadoras a ser repassada
184 aos valores das prestações pecuniárias, tanto dos 75% quanto daquele custo global de
185 despesas administrativas. Para as despesas assistenciais a Agência escolheu a cidade
186 de São Paulo porque é o centro que melhor reflete a variação de custo e tem um
187 mercado mais competitivo. Sobre como se chegou aos 5,42%, deu a seguinte
188 explicação: a variação acumulada do Grupo Saúde, do IPCA, do IBGE da região
189 metropolitana de São Paulo, expurgada, nesses doze meses foi de 3,86. Sobre esta
190 variação aplica-se o fator de ponderação de 0,75, referente à despesa assistencial
191 obtendo-se 2,90%. Para o índice geral do IPCA, do IBGE nacional, a variação
192 acumulada no mesmo período foi de 6,77%. Considerando-se a ponderação de 0,25
193 para despesa global, aplicando-se ao percentual anterior, resulta o percentual de 1,69.
194 Quando se agregam esses percentuais, obtém-se como resultado um percentual de
195 4,59. Houve uma elevação na alíquota do INSS, de 5%, que teve impacto variável



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

196 entre as operadoras, dependendo da situação da empresa. Foi empregado 0,8 para dar
197 conta desta elevação, que, aplicado aos 4,59%, chegaram aos 5,42%. Como resíduo
198 para as operadoras com data base vencida, considerou-se a data do último reajuste do
199 contrato que aquele consumidor fez, dentro da mesma metodologia de cálculo e para o
200 consumidor que estava há mais tempo sem reajuste e chegou-se ao maior índice de
201 7,56, que é de agosto de 1998, pois a variação do IPCA naquela época foi maior. Para
202 cada um dos três grupos de contrato estabeleceu-se que: o primeiro, o dos planos
203 coletivos com patrocinador não necessita de autorização da ANS para fazer reajuste,
204 pois o entendimento é entre o empresário com o seu grupo de trabalhadores e as
205 operadoras; o segundo grupo, o dos planos coletivos sem patrocinador deverá informar
206 à ANS os percentuais de reajuste com trinta dias de antecedência, apresentando
207 justificativa técnica; e o terceiro, o dos planos individuais necessita requerer
208 autorização prévia da ANS. Reafirmou ser de interesse da ANS construir um indicador
209 ou algum tipo de parâmetro que leve a uma realidade mais próxima do que
210 efetivamente está acontecendo em relação a como os índices são construídos e
211 coletados. Por isso, a Agência está procurando os institutos especializados para
212 demonstrar a preocupação de não confundir quando se fala de variação de plano de
213 saúde com variação de preço de venda. O INPC, o IPCA e o IPC da FIPE mostram uma
214 curva ascendente e é preciso saber por que essa curva está aumentando e quais são os
215 impactos, e se também não estava havendo uma retroalimentação no preço de venda,
216 o que é diferente de reajuste. A Agência definiu desta forma, para este período, a
217 adequação de um dos modelos de regulação e estabeleceu determinado índice. Esta
218 foi a opção adotada para este ano como metodologia de reajuste, com seu conjunto de
219 revisão técnica, para este período. O **Dr. Randal** ponderou que o preço de um plano
220 de odontologia corresponde a cerca de 25% do preço de um plano de saúde. Desta
221 forma, uma DA de 25% em valores absolutos não é viável para uma Operadora de
222 odontologia, que normalmente trabalha com 60% de custo e 40% de DA. Sugeriu o
223 estudo e a adoção de um índice específico para o setor. Ponderou, também, quanto ao
224 impacto do INSS, que no caso da odontologia chegou a algo em torno de 4%, isto
225 porque cerca de 85% do custo do Plano Odontológico está concentrado em Cirurgiões
226 dentistas pessoas físicas. Como o custo de INSS efetivo para as empresas não era de
227 15%, mas de cerca de 12% e, com o aumento da alíquota de 15 para 20% e também
228 mudança na forma de cálculo do INSS resulta no custo efetivo em torno de 4%. Por
229 fim, reiterou a necessidade de haver uma mudança na estrutura dos contratos, porque
230 em relação aos planos coletivos, sejam eles com ou sem patrocínio, muitas vezes a
231 operadora não tem domínio sobre o andamento da política do controlador do contrato.
232 Na verdade, muitas operadoras nem são cientificadas de qual é a política de patrocínio
233 adotada internamente pela empresa. O **Dr. Barroca** com referência à afirmação de
234 que a estrutura de custos tem uma especificidade, disse ser este um dos grandes



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

235 desafios da câmara técnica. A **Dra. Regina** afirmou que, em relação à custo, considera
236 a câmara técnica um fórum adequado para esta discussão, onde poderão surgir outras
237 contribuições para a questão. Em relação à solvência, devem ser adotados critérios
238 rígidos, deixando claro para o consumidor, no caso de insolvência, o motivo da mesma,
239 principalmente se for gerada por má-administração, a fim de que este possa optar pela
240 permanência ou não no plano, do contrário serão salvas empresas cuja insolvência é
241 causada por má administração. Esse raciocínio se deve ter em relação aos médicos, não
242 se tratando de punir a categoria como um todo, devendo ter uma seleção. Por último,
243 pediu um esclarecimento em relação aos 5,42%, se as empresas já foram compensadas
244 no aumento de custo do INSS. O **Dr. Barroca** esclareceu que se estabeleceu os 0,8%
245 para não dar subsídios, para forçar o médico a se transformar em pessoa jurídica.
246 Quanto à questão de solvência, disse que esta será tratada separadamente de preço,
247 pois quando se coloca em questão um plano desequilibrado, cuja solvência está
248 ameaçada, é caso de revisão técnica em que a operadora deverá fazer um pedido a
249 ser analisado pela ANS. O **Dr. José Claudio** questionou a solução adotada pela ANS,
250 porque vários incrementos nos custos não foram considerados. Citou que recentemente
251 as cooperativas médicas tiveram um incremento de tributação da COFINS (3%) e do
252 PIS (0,65%). Disse, também, que vários incrementos decorrentes da própria
253 regulamentação não foram considerados, citando como exemplo as taxas devidas à
254 ANS, ressarcimento ao SUS, serviços atuariais, etc. Enfatizou que os referidos
255 incrementos são de conhecimento da ANS e não foram considerados nos 5,42%. O **Dr.**
256 **Barroca** esclareceu que as questões foram consideradas pela ANS numa política de
257 transição, que trata do reajuste e da revisão, e que para fazer revisão técnica é preciso
258 conhecer uma série histórica. Diz que o que não pode acontecer é passar custo a preço.
259 A operadora pode postular a revisão técnica, mas é necessário que preste todas as
260 informações. O **Dr. José Carlos** indagou sobre o interesse da ANS em contratar um
261 instituto para coletar sistematicamente os dados e formatar os índices de forma
262 genérica e específica, por segmento ou por tipo de cobertura, para que sirva de
263 orientação para o setor, ao que o **Dr. Barroca** respondeu haver interesse de, em
264 conjunto com institutos de pesquisa, obter as informações. O **Dr. Luis Plínio** ponderou
265 que, na análise de custos, não se pode deixar de considerar questões como a alteração
266 na alíquota do INSS de 6 para 12% referente a acidente de trabalho para os
267 funcionários, significativa na área de saúde, especialmente em hospitais, que pode
268 impactar em torno de 4% no custo do hospital. O **Dr. Barroca** concordou que isto tem
269 impacto, por isso a discussão é ampla mesmo e vale para toda a cadeia produtiva, e,
270 neste momento, é preciso construir alternativa para adequar a opção adotada, que se
271 sustente a longo prazo. A **Dra. Lúcia Helena** reafirmou o quanto a questão do
272 reajuste afeta o consumidor, citando o caso de uma operadora que praticou um
273 reajuste não autorizado pela SUSEP, nem pela Agência e o impacto que houve no preço



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

274 ao consumidor, impacto monetário além de prejuízo de ordem assistencial. Manifestou
275 preocupação quanto à necessidade de estabelecer critérios em relação à solvência das
276 empresas, para que o consumidor não tenha de subsidiar a má administração de
277 empresas. A **Dra. Lynn Silver** considerou clara a explicação sobre a metodologia
278 adotada, sugerindo que a câmara técnica realize, pelo menos, uma reunião específica
279 com as centrais sindicais para discutir a política referente aos planos coletivos, já que a
280 lei identifica a fiscalização inclusive dos aspectos econômicos, não se limitando aos
281 planos individuais. Lembrou um desafio para a regulação do setor e para a política de
282 reajuste: a necessidade de redução do gasto administrativo na composição do custo
283 global da prestação de assistência, pois quanto mais burocracia, mais complexidade no
284 setor administrativo, menos dinheiro à assistência à saúde. O **Dr. Barroca** reafirmou a
285 importância que o Governo dá às centrais sindicais que, inclusive, compõem a Câmara
286 de Saúde Suplementar, e a disposição da Agência de empreender esta ação, até porque
287 há necessidade de orientar associações na escolha de discussão do plano coletivo. Em
288 relação às despesas administrativas, uma das referências para opção da relação 25% e
289 75% foi a autogestão, que apresenta problemas com as mesmas, percentual que talvez
290 varie conforme sistema de faturamento. Reforçou que o tema voltará à pauta da
291 Câmara de Saúde Suplementar, até porque as explicações consistem em se fazer um
292 diagnóstico atual que possa servir de insumo aos trabalhos da Câmara Técnica, no Rio
293 de Janeiro, na sede da Agência. Concordou com a sugestão do **Dr. José Carlos** de que
294 cada entidade possa indicar até dois representantes, não necessariamente um titular e
295 um suplente, para a Câmara Técnica, posição que defenderá junto à Diretoria
296 Colegiada. Com referência a este primeiro estudo sobre regulação, reafirmou que os
297 objetivos foram: de defesa do interesse público, na garantia de operação econômica
298 eficiente do mercado e de conciliação, de forma equilibrada, das preocupações e os
299 interesses dos consumidores e das empresas que operam no mercado. Em relação ao
300 contrato entre beneficiários e operadoras, observou que há que se percorrer uma
301 discussão entre três classificações de contrato: reembolso- com frequência de
302 utilização não controlada; custo médio de procedimentos não controlado; não há
303 responsabilidade técnica; grau de controle dos custos assistenciais não controlado;
304 rede - com frequência de utilização não controlada; custo médio de procedimentos
305 controlado em razão de negociação; algum controle do custo médio; responsabilidade
306 técnica compartilhada entre operadora e prestadora; algum grau de controle dos custos
307 assistenciais; e acesso com frequência de utilização controlada parcialmente; custo
308 médio controlado um pouco mais; responsabilidade técnica completa; custos
309 assistenciais, custos médios e frequência de utilização com um grau maior de controle.
310 Aí, os mecanismos de regulação de uso são uma alternativa para a questão do
311 gerenciamento de custos e outras alternativas englobam o uso de rede própria e
312 alguma tentativa de compartilhamento de risco com o prestador, dentre elas o controle



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

313 dos reajustes, tendência à competição e uma regulação das formas de interação entre
314 beneficiários, operadoras e prestadoras. Outra questão que colocou para discussão foi a
315 necessidade de definição quanto ao envolvimento com preço de hospitais ou valor da
316 consulta médica, por exemplo. Indagado pelo **Dr. José Carlos** sobre a diferença entre
317 rede e acesso, respondeu que ambos são conceitos de um primeiro trabalho a ser
318 debatido na Câmara Técnica. Quanto aos mecanismos de regulação, explicou que os
319 estudados foram: tarifação pela taxa de retorno, pelo custo marginal, regulação pelo
320 desempenho, “price cap” e margem de lucro, e que o grande problema desse modelo é
321 que estimula totalmente a ineficiência e garante o mesmo percentual para todos,
322 independentemente da eficiência. O impacto de ineficiência é altíssimo. Assim, optou-
323 se pela variação do modelo “price cap” que trabalha com revisão de reajuste mas
324 estabelece que, indexados os reajustes, a revisão, anos depois, tem de levar em conta
325 uma divisão com o consumidor do chamado ganho de produtividade. Colocou, ainda ,
326 que se tem a regulação por fixação de margem de lucro, onde a vantagem é o aumento
327 de investimentos, pois com a fixação da margem de lucro, há investimento, e o retorno
328 é absolutamente tranquilo. Essa busca da eficiência vai trabalhar exatamente no
329 sentido da redução da escala, que é algo que vai exigir esforço contínuo. A assimetria
330 das informações é que coloca o consumidor numa situação de desproteção; ele não
331 sabe o que está comprando. Existem dificuldades como: barreiras à entrada de novas
332 operadoras; custos de propaganda; custos de comercialização; e uma exclusividade da
333 rede assistencial, mas, no seu ponto de vista, a principal é a reduzida mobilidade dos
334 consumidores. No esquema de regulação de preço, até 1999, havia reajuste financeiro
335 e reajuste de sinistralidade, com o qual a ANS não concorda pois esse transfere o risco
336 aos beneficiários. Por isso, este é um quadro esquemático que mostra que, nos novos
337 contratos, os preços de venda são livres, o que denota que não se tem um tabelamento
338 de preços. A nota técnica atuarial estabelece um preço mínimo, abaixo do qual a
339 concorrência seria predatória. Todos os planos individuais ou familiares têm reajuste
340 controlado; os coletivos com patrocínio estão sendo acompanhados; e os coletivos sem
341 patrocínio estão sendo monitorados. Para encerrar, colocou algumas situações-
342 problema. 1^a- Plano individual antigo, com faixa etária única, preço nivelado e vedação
343 legal para rescisão contratual: a carteira entra em desequilíbrio, pois os beneficiários
344 jovens migram para os planos que tenham faixas etárias com preços menores e, nestes
345 a ANS pode proceder à revisão técnica; porém, o desequilíbrio surgirá novamente na
346 medida em que não pode haver renovação da carteira, aditamento contratual com
347 inserção de cláusulas de variação por faixa etária. Mas, se não fizer, o que acontece? É
348 correto o que acontece hoje de uma operadora comercializar planos novos, inclusive,
349 para subsidiar o plano antigo, ou seja, parte do que o novo consumidor vai pagar será
350 usado para subsidiar o plano antigo? 2^a – Plano coletivo sem patrocínio, com faixa
351 etária única, preço nivelado, livre negociação de preços e revisão livre. A operadora



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

352 fixa preço reduzido para competir no mercado e, após determinado período, a carteira
353 entra em desequilíbrio, ou seja, a receita não está pagando a despesa. Não é da
354 alçada da ANS autorizar reajuste nem proceder à revisão técnica. A operadora impõe
355 reajustes elevados aos beneficiários como alternativa à rescisão unilateral do contrato
356 com menos de um ano de contrato e, se é livre negociação, precisa estar contemplado
357 na negociação, mas é preciso clarear um pouco mais essas regras e possibilidades do
358 plano coletivo sem patrocínio. 3ª-Plano coletivo com patrocínio. A operadora diz que é
359 necessário haver um reajuste, e a empresa diz que não paga mais, porque vai ter
360 aumento da parcela do funcionário, no caso de ser co-participante. Como agir diante
361 dessa situação? A **Dra. Lynn Silver** colocou que a posição do IDEC é de que a ANS
362 tem ingerência sobre os reajustes dos planos coletivos, questionando se a estava se
363 negando essa autoridade. O **Dr. Barroca** disse que a questão central é colocar em
364 discussão. Hoje, optou-se pela livre negociação no plano coletivo, e estão acontecendo
365 problemas. Serão problemas mesmo? Existe muita gente que acha que tem um
366 contrato individual e, na verdade, tem um plano coletivo por adesão. 4ª – Plano
367 individual com rede de prestadoras de alto nível, com grupo de beneficiários de alto
368 poder aquisitivo. Esses planos só operam com hospitais de primeira linha em São
369 Paulo. A rede prestadora eleva os preços dos serviços em níveis superiores aos da
370 média do mercado, refletindo em reajustes superiores aos concedidos pela ANS, que
371 podem impedir a manutenção da rede prestadora. O que fazer neste caso com
372 consumidores que compraram este tipo de plano? A **Dra. Lúcia Helena** apelou para a
373 necessidade de ser definido o que é um estabelecimento de primeira linha, bem como
374 ter parâmetros para estabelecer a correlação do nível do estabelecimento
375 descredenciado e o que está sendo credenciado. O **Dr. Barroca** concordou que várias
376 questões, inclusive estas, ainda terão que ser objeto de regulamentação, acrescentando
377 que a Organização Nacional de Acreditação hospitalar está trabalhando no sentido de
378 criar esses padrões para se traçar um caminho. Não se pode ser arbitrário porque
379 haverá consequência, por isso o apelo para reflexão e discussão dessas questões. A
380 **Dra. Lynn Silver** perguntou se a revisão técnica será tratada na Câmara Técnica. O
381 **Dr. Barroca** afirmou que a revisão técnica está incluída nesse conjunto de discussão
382 da Câmara Técnica para que possa ser debatida a política de preços, juntamente com
383 os diversos temas vinculados a esse assunto. Propôs, inclusive, uma reunião na Câmara
384 Técnica com o PROCON e IDEC. Registrou que não recebeu qualquer sugestão ou
385 opinião em relação ao material sobre revisão técnica distribuído aos membros da
386 Câmara quando da convocação desta reunião, tendo recebido apenas questionamento
387 por parte de quatro operadoras de como funcionaria o processo. O **Dr. Mário**
388 **Scheffer** informou que, como membro do CNS, participou da reunião do Fórum de
389 Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde, que foi realizada na sede
390 da Secretaria de Justiça e Cidadania de São Paulo, foro esse informal, mas que teve



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

391 adesão de dezenas de entidades, como a de defesa do consumidor, de portadores de
392 patologias, de profissionais de saúde e sindicatos. O documento ora entregue
393 oficialmente foi assinado pelo próprio Dr. Mário Scheffer, que se incumbiu de submetê-
394 lo à deliberação do Conselho Nacional de Saúde, pela Fundação Procon, pelo IDEC e
395 pelo Conselho Federal de Medicina, documento este que contempla as reivindicações
396 das entidades. O **Dr. Januario** registrou a satisfação da organização deste fórum de
397 acompanhamento, que havia sido noticiado, porque quanto maior número de
398 segmentos da sociedade acompanhar a discussão dessas questões, melhor. Acusou o
399 recebimento do documento produto da reunião desse fórum, determinando sua
400 distribuição aos integrantes da Câmara de Saúde Suplementar e a sua incorporação nos
401 registros desta reunião. O **Dr. Luis Plínio** agradeceu a referência feita à Organização
402 Nacional de Acreditação na Câmara de Saúde Suplementar. **Dr. Alarcon** considerou
403 positiva a retomada das discussões com tal profundidade na Câmara Saúde
404 Suplementar, que entendeu ter havido um distanciamento na fase do desenvolvimento
405 dos trabalhos ainda sob o comando do Ministério, responsável, à época, pela alteração
406 dos planos de saúde. O **Dr. Januario**, mais uma vez, agradeceu a presença a todos,
407 acrescentando que tanto a Câmara Técnica como a figura da consulta pública, adotados
408 pela ANS para aprofundamento de todos os temas debatidos na Câmara de Saúde
409 Suplementar, mostram-se como instrumentos de real aperfeiçoamento dos debates.
410 Reafirmou o propósito da Agência retornar à esta Câmara mais vezes para instalar
411 novas câmaras técnicas, porque elas permitem uma discussão mais aprofundada dos
412 temas específicos e garantem a transparência do debate, apesar de reconhecer o
413 esforço de mobilização por parte das entidades que as mesmas exigem.

414

415

416

417 Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

418

419

420 Diretor-Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar

421

422

423 Ministério do Trabalho e Emprego

424

425

426 Conselho Nacional de Saúde

427

428

429 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

- 430
- 431
- 432 Conselho Federal de Medicina
- 433
- 434
- 435 Conselho Federal de Odontologia
- 436
- 437
- 438 Conselho Federal de Enfermagem
- 439
- 440
- 441 Federação Brasileira de Hospitais
- 442
- 443
- 444 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
- 445
- 446
- 447 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
- 448
- 449
- 450 Confederação Nacional do Comércio
- 451
- 452
- 453 Defesa do Consumidor- PROCON
- 454
- 455
- 456 Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - IDEC
- 457
- 458
- 459 Autogestão
- 460
- 461
- 462 Medicina de Grupo
- 463
- 464
- 465 Empresas de Odontologia de Grupo
- 466
- 467
- 468 Cooperativas de Serviços Médicos
- 469
- 470
- 471 Cooperativas de Serviços Odontológicos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

ATA DA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 31.08.00

472 Décima terceira reunião – retificação da manifestação do representante do SINOG
473 O **Dr. Randal** ponderou que o preço de um plano de odontologia corresponde a cerca
474 de 25% do preço de um plano de saúde. Desta forma, uma DA de 25% em valores
475 absolutos não é viável para uma Operadora de odontologia, que normalmente trabalha
476 com 60% de custo e 40% de DA. Sugeriu o estudo e a adoção de um índice específico
477 para o setor. Ponderou, também, quanto ao maior para o setor, impacto do INSS, que
478 no caso da odontologia chegou a algo em torno de 4% do faturamento, isto porque
479 cerca de 85% do custo do Plano Odontológico está concentrado em Cirurgiões-
480 dentistas pessoas físicas. Como o custo de INSS efetivo para as empresas antes do
481 aumento, não era de 15%, mas de cerca de 12% e, com o aumento da alíquota de 15
482 para 20% e também mudança na forma de cálculo do INSS, impedindo o cálculo sobre
483 o salário de contribuição, resulta no custo efetivo em torno de 4% do faturamento. Por
484 fim, reiterou a necessidade de haver uma mudança na estrutura dos contratos, porque
485 em relação aos planos coletivos, sejam eles com ou sem patrocínio, muitas vezes a
486 operadora não tem domínio sobre o andamento da política do controlador do contrato.
487 Na verdade, muitas operadoras nem são cientificadas de qual é a política de patrocínio
488 adotada internamente pela empresa.