

1 Às dez horas e trinta minutos do dia vinte e sete de junho de dois mil e dois, no Naoum
2 Plaza Hotel, situado no Setor Hoteleiro Sul- Quadra 05- Bloco "H-I", na cidade de Brasília-
3 DF, foi realizada a vigésima oitava reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela
4 Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e
5 consultivo, nos termos do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28
6 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da M.P. nº 2.177-versão 44. Contou com a
7 presença dos Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Dr. **Januario**
8 **Montone** - Diretor-Presidente, Dr. **João Luis Barroca de Andréa**- Diretor de Normas e
9 Habilitação dos Produtos, Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**- Diretora de Normas e
10 Habilitação das Operadoras, e Dr. **Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**- Diretor de
11 Desenvolvimento Setorial. Compareceram os seguintes representantes: Dra. **Cibele**
12 **Gueresi de Mello Osório** do Ministério do Trabalho e Emprego; Drs. **Edson de Oliveira**
13 **Andrade** e **Pedro Pablo Magalhães Chacel** do Conselho Federal de Medicina-C.F.M.; Dr.
14 **Augusto Tadeu Ribeiro Santana** do Conselho Federal de Odontologia-C.F.O.; Dra. **Maria**
15 **Angélica Azevedo Rosin** do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN; Dr. **Luis Plínio**
16 **Moraes de Toledo** da Federação Brasileira de Hospitais-F.B.H.; Dr. **Miguel Jorge Rosa**
17 **Neto** da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços-C.N.S.;
18 Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior** da Confederação das Santas Casas de Misericórdia,
19 Hospitais e Entidades Filantrópicas-C.M.B.; Dr. **Vitor Gomes Pinto** da Confederação
20 Nacional da Indústria-C.N.I.; Dr. **José Eivalder Guimarães de Oliveira** da Central Única
21 dos Trabalhadores-CUT; Dra. **Lucia Helena Magalhães Lopes da Silva** da Fundação
22 Procon-São Paulo; Dra. **Andrea Salazar** do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-
23 IDEC; Drs. **José Antônio Diniz de Oliveira** do CIEFAS e **Sergio Cândio** da ABRASPE,
24 pelo segmento de autogestão; Drs. **Arlindo de Almeida** e **Reinaldo Camargo Scheibe**
25 do SINAMGE, pelas empresas de medicina de grupo; Drs. **Celso Corrêa de Barros** e **José**
26 **Claudio Ribeiro Oliveira** da UNIMED, pelas cooperativas de serviços médicos; Dr. **Carlos**
27 **Roberto Squillaci** do SINOG, pelas empresas de odontologia de grupo; Drs. **Luiz**
28 **Francisco Gianini** e **Egberto Miranda Silva Neto** da UNIODONTO, pelas cooperativas de
29 serviços odontológicos; Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli** das entidades de
30 portadores de deficiência e de patologias especiais; Dr. **Pedro Antonio Fazio** da
31 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização-FENASEG; e, Dr.
32 **Samir Dahas Bittar** da Associação Médica Brasileira-A.M.B. Participaram como
33 convidados: Dr. **Mohamad Akl** da Unimed, Dra. **Sandra Francis Zisman** do Ministério da
34 Fazenda, Drs. **Danilo Valter Bernik** e **José Carlos Abrahão** da CNS, e, da ANS, Drs.
35 **Flávio Carneiro Guedes Alcoforado**, **Maurício Lopes**, **Hermínio José Leitão Mendes**,
36 **Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos**, **Celina Maria de Oliveira Perez**, **Clóvis Ricardo**
37 **Montenegro de Lima**, **Eduardo Mota**, e **Dagmar de Oliveira**. Foi registrada a
38 justificativa de ausência feita pelo Dr. **Albucacis de Castro Pereira**, titular da
39 Confederação Nacional do Comércio-C.N.C. Nos termos da alínea "c", inciso VI, do art. 13
40 da Lei nº 9.961/2000, com a redação da Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/08/2001, a
41 representação das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais indicou,
42 respectivamente: Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli**-titular e **Estela Maria Almeida**
43 **Silva e Melo**-suplente, e, Dra. **Ana Maria Lima Barbosa**-titular e **Gilson Irênio**
44 **Magalhães**-suplente, formalizadas pela Portaria nº 435/02. Os participantes receberam a
45 minuta da ata da 27ª reunião e a pauta da 28ª, acompanhada das propostas apresentadas
46 pelas entidades sobre os seus itens 3 e 4. A pauta foi composta pelos itens: 1. leitura,
47 discussão e deliberação da ata da 27ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar; 2.
48 informes; 3. discussão do tema Doença e Lesão Preexistente; e, 4. discussão do tema
49 Ressarcimento ao SUS. **O DR. JANUARIO**, desculpando-se pelo atraso ocorrido, iniciou a
50 reunião saudando e agradecendo a presença de todos, e, imediatamente, submeteu à
51 apreciação a minuta da ata da 27ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar com os
52 ajustes feitos pela FENASEG, que foi aprovada por unanimidade e disponibilizada para as
53 devidas assinaturas. Na seqüência, solicitou que **o Dr. Barroca** prestasse o esclarecimento

54 pedido pelo **Dr. Augusto Tadeu** relativo a postura da Agência de não reajustar as
55 consultas odontológicas, considerando-as quase inexistentes. **O DR. BARROCA** esclareceu
56 que a Agência jamais cometeria o disparate de ignorar a existência das consultas
57 odontológicas, mas que, levando em conta o peso da consulta, assumindo essa como um
58 procedimento exclusivo e isolado de outros, dentro das despesas gerais da operadora,
59 havia optado por contemplar as médicas no reajuste de 1,70%, cujo peso era muito mais
60 significativo do que o das odontológicas. **O DR. AUGUSTO TADEU**, em nome do CFO,
61 protestou contra a posição da Agência de excluir as consultas odontológicas do reajuste
62 facultado às médicas no *plus* de 1,70% usando o argumento de serem quase inexistentes.
63 Defendeu que essas consultas iniciais eram indispensáveis para um tratamento
64 subsequente, as quais estavam definidas como um procedimento único e com função
65 específica na própria RN n.º 9 de 26/06/02, que atualizou o Rol de Procedimentos
66 Odontológicos, e que, para realizá-las, o profissional despendia do seu tempo,
67 conhecimento técnico, colocando à disposição do cliente todo um oneroso aparato
68 operacional. **O DR. JANUARIO** retomou discorrendo acerca de algumas ações que a
69 Agência estava executando, fruto dos debates ali suscitados. Noticiou que a Câmara
70 Técnica de Revisão Técnica, que foi um pouco eclipsada pelo problema do reajuste, seria
71 reaberta no começo de agosto sob a coordenação dos eméritos professores, conhecedores
72 da matéria, Dr. Aloísio Teixeira da UFRJ e Dr. José Carlos Braga da Unicamp. Justificou que
73 havia tomado essa decisão porque o mecanismo da Revisão Técnica continuava em vigor,
74 na medida que, conforme introduzido na última reunião, o processo judicial de
75 questionamento do mesmo, ainda em curso, obteve um pronunciamento do Presidente do
76 STJ favorável a esse instrumento de reequilíbrio, mantendo as revisões aprovadas pela
77 Agência para as operadoras Classes Laboriosas e Inter-Clínicas. Novamente elogiando os
78 trabalhos da Câmara Técnica de Odontologia, que funcionou durante seis meses com
79 amplo engajamento de seus participantes, comunicou que a Agência, através da RN n.º 9,
80 revisou o rol de procedimentos de cobertura mínima dela resultante, e intensificou o seu
81 entendimento de que os casos de recorrência e de procedimentos estéticos seriam
82 principalmente decididos pelo profissional odontólogo, devendo serem esses temas
83 aprofundados na Câmara Técnica de Contratualização. No tocante a Câmara Técnica de
84 Contratualização, que com certeza traria parâmetros fundamentais para o crescimento da
85 regulamentação, invocou as cinco entidades que não indicaram seus representantes, em
86 particular o IDEC, para que o fizessem, anunciando que, coordenada pela DIPRO, teria a
87 sua primeira reunião no dia 10 de julho e analisaria a relação entre operadoras com seus
88 prestadores de serviços na seguinte ordem: os da área hospitalar, os de apoio e
89 diagnósticos, finalizando com os profissionais médicos e odontólogos. Quanto à Câmara
90 Técnica de Assuntos Médicos, uma proposta da AMB e CFM apoiada pelas entidades de
91 defesa do consumidor naquele fórum, informou que a Agência havia resolvido que a sua
92 agenda teria os itens: primeiro, a metodologia de revisão do rol de procedimentos, a fim
93 de fixar uma mecânica mais permanente, abarcando a incorporação de novas tecnologias e
94 sistemáticas terapêuticas; segundo, o projeto de diretrizes do CFM e da AMB, que já
95 contava com o apoio do Ministério da Saúde; e terceiro, os mecanismos de proteção da
96 relação médico-paciente, que provavelmente iria exigir um trabalho articulado com a de
97 Contratualização. Acrescentou que o que fosse nela deliberado sobre as relações entre
98 operadoras e prestadores, mesmo não sendo esse o seu foco principal, deveria ser
99 referendado pela de Contratualização, alimentando uma a outra, sem perder a lógica do
100 processo. Acrescentou também que essa câmara, pela especificidade do seu debate voltado
101 aos atos médicos, teria a sua composição um pouco diferenciada das outras e deveria ser
102 formada preferencialmente por profissionais da área médica, para o que haveria a garantia
103 de uma paridade entre as operadoras e as entidades médicas, com a ampliação do número
104 de representantes dessas últimas, se necessário, fato a ser amadurecido ao longo das
105 indicações. E, para que a Agência pudesse evoluir no problema da paridade, instalando a
106 mesma ainda no mês de julho ou no início de agosto, complementou que as entidades

107 deveriam acelerar a indicação dos seus representantes até o dia 15 de julho. Então, abriu a
108 palavra para os comentários a respeito dessas duas câmaras técnicas. **O DR. SAMIR**,
109 parabenizando o acolhimento da sugestão de que houvesse paridade nas câmaras técnicas,
110 saudou a Agência por ter instalado aquelas duas, as quais atendiam à uma reivindicação
111 antiga da classe médica, eram da maior relevância e auxiliariam no bom exercício da
112 finalidade precípua do órgão regulador de preservar o equilíbrio do sistema, possibilitando
113 que a relação, especialmente entre médicos e operadoras, transcorresse num patamar
114 mais equânime e justo. **O DR. EDSON**, na qualidade de presidente do CFM e representante
115 titular dessa entidade, substituindo a Dra. Regina Parizzi, na Câmara de Saúde
116 Suplementar, expressou sua satisfação de conviver com todos ali, da mesma forma que o
117 seu imenso contentamento vendo um pleito muito antigo e justo dos médicos contemplado
118 com aquelas câmaras técnicas, que buscariam criar a harmonia imprescindível para a
119 existência e a manutenção do sistema, o qual comparado a um tamborete de três pés, caía
120 quando um deles estivesse desemparelhado. Resgatou que o CFM e a AMB sempre
121 lutaram, sem o intuito de incitar o confronto, visando atingir um estágio onde se
122 negociasse com limites e competências definidos, as operadoras valorizassem o trabalho
123 dos seus profissionais e o esforço conjunto fosse canalizado para a assistência digna à
124 saúde. Avaliando que havia um empenho generalizado na construção desse processo, que
125 estava no seu começo e dependia da boa vontade dos seus atores, mostrou-se convicto de
126 que se obteria êxito para o bem-estar de usuários, prestadores e operadoras. **O DR.**
127 **ERIVALDER**, apresentando-se como médico e titular da CUT naquela Câmara, questionou
128 se sua entidade, que estava preocupada em designar técnicos e contribuir para o
129 crescimento do arcabouço regulatório, possuindo várias organizações médicas com viés
130 sindical a ela filiadas, também poderia indicar mais de um representante para a Câmara
131 Técnica de Assuntos Médicos. **A DRA. LUCIA HELENA** mediante a importância da Câmara
132 Técnica de Assuntos Médicos, que trataria do rol de procedimentos e dos mecanismos de
133 proteção da relação médico-paciente, para a qual as entidades de defesa do consumidor
134 tinham dificuldade de indicar profissionais médicos e de contribuir mais tecnicamente,
135 solicitou que as atas dessa câmara fossem enviadas ao PROCON e ao IDEC, com o objetivo
136 de que pudessem apresentar sugestões ou mesmo dela participar em algum momento, em
137 particular quando do debate da relação médico-paciente. **A DRA. ANDREA** explicou que o
138 IDEC não havia feito indicação para a Câmara Técnica de Contratualização dada a carência
139 de técnicos nos seus quadros, mas que levaria essa demanda à reconsideração de sua
140 entidade. Cumprimentou a Agência pela instalação das duas câmaras técnicas apoiadas
141 pelo IDEC e PROCON, porém lembrou que havia defendido a criação de uma específica
142 para tratar o tema DLP, com prazo limitado nos moldes da de Contratualização,
143 perguntando se isso estava descartado. **O DR. JANUARIO** acolheu a sugestão da **Dra.**
144 **Lucia Helena** de enviar ao PROCON e ao IDEC as atas da Câmara Técnica de Assuntos
145 Médicos e deixou claro ao **Dr. Erivalder** que apenas a AMB e o CFM, entidades médicas já
146 com assento na Câmara de Saúde Suplementar, teriam prioridade de indicar até mais de
147 dois representantes para aquela. Pelo valor das câmaras técnicas como um meio decisivo
148 no avanço da regulamentação, agradeceu a postura da **Dra. Andrea** de tentar viabilizar a
149 participação do IDEC na de Contratualização, respondendo-lhe que a proposta de uma para
150 DLP não estava prejudicada e seria tratada ainda durante a reunião. Em seguida, deu
151 conhecimento de que a Agência: estava disponibilizando na sua *home page* os pedidos de
152 reajustes aprovados de 7,69% e do *plus* de 1,70% para as consultas médicas; sem alterar
153 a essência das exigências para o exercício do cargo de administradores de operadoras
154 previstas na RDC nº 79, passaria a aceitar que a apresentação de documentos fosse
155 substituída por declaração do interessado, desburocratizando a sua análise; quanto à
156 aplicabilidade dos incentivos fiscais do PIS e da COFINS para as autogestões de fundos
157 previdenciários que tivessem assistência à saúde, acionou a Receita Federal, que foi
158 favorável a essa e editaria a respectiva norma; e, lamentavelmente, inscreveu trinta
159 operadoras no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal-

160 CADIN, por inadimplência com o ressarcimento ao SUS num valor perto de R\$ 4,5 milhões,
161 o que poderia ter sido evitado com o pagamento ou parcelamento desses débitos. Por
162 último, avisou que a Agência havia resolvido ampliar a proteção do sigilo médico, um
163 direito dos pacientes e dos profissionais, responsabilizando solidariamente a operadora que
164 responderia junto com seu coordenador de informações médicas por esse sigilo, para
165 viabilizar a construção da base de dados epidemiológicos do setor essencial sob o aspecto
166 da qualidade da assistência, a fim de que, num futuro próximo, houvesse um perfil dos
167 usuários de planos. Após, passou às manifestações. **O DR. SAMIR**, diante de
168 acontecimentos que vinha presenciando, introduziu a apreensão da AMB com os chamados
169 cartões desconto comercializados por intermediários que, sem qualquer responsabilidade
170 com a assistência à saúde e em favor do aumento apenas dos seus ganhos próprios,
171 ofereciam produtos irreais com promessas fabulosas para atrair a adesão das pessoas.
172 Sustentou que a Agência apreciasse a repercussão econômica danosa causada por aquelas
173 supostas empresas que, na sua maioria, agiam na ilegalidade, aviltando usuários e
174 médicos, e se posicionasse a respeito do assunto para que essa modalidade de
175 intermediação, benéfica a exploradores, fosse combatida. **O DR. EDSON** primeiro, relatou
176 ter ouvido num recente congresso que funerárias em São Paulo se vangloriavam de ter três
177 milhões de pessoas em cartões, um absurdo a ser atacado. Na seqüência, endossando as
178 palavras do Dr. Samir, afirmou que o CFM já clamava por providências da Agência em
179 relação ao cartão desconto, um jogo de espertos, e reputou como assustador o fato de
180 empresas comercializarem, através dele, todo tipo de procedimento sem nenhuma
181 responsabilidade com a assistência, além de muitas operadoras, algumas sérias, estarem
182 espalhando no País inteiro o uso desse cartão para sobreviverem no mercado, tendo sua
183 atuação dificultada por isso. Pleiteou que a Agência punisse aquelas devidamente
184 registradas que, numa atitude equivocada, estavam vendendo esse produto e que
185 declarasse com urgência que o cartão desconto, um negócio feito por um bando de
186 espertalhões que só enganavam as pessoas, não se enquadrava na legislação. Concluiu
187 que, a partir disso, haveria instrumentos de ação efetiva que possibilitariam ao CFM e à
188 AMB orientar adequadamente os médicos e às demais entidades publicar que essa prática
189 irresponsável era adotada por falsas empresas que tinham de ser expulsas desse espaço,
190 porque não podiam ser reconhecidas juridicamente, nem ser chamadas de operadoras, e
191 não eram nada do tolerável numa relação social correta. **O DR. MIGUEL** assinalou ser
192 preciso enfrentar a realidade de que só existia o comércio de uma mercadoria à medida
193 que existiam clientes, médicos e hospitais que lhe dessem credibilidade, o que os cartões
194 desconto não mereciam por serem um produto absolutamente irreal. Para ilustrar, citou
195 que no Paraná estavam vendendo um cartão que dava limites de crédito a juros extorsivos
196 aos seus usuários e pegava seus bens em garantia, atentando para que as entidades de
197 classe, como a que representava, fizessem um forte trabalho junto aos seus associados
198 para que desprezassem produtos desse gênero, pois isso não resolveria as suas
199 dificuldades e rebateria no consumidor. **A DRA. LUCIA HELENA** qualificou a questão dos
200 cartões desconto como da maior relevância e bastante preocupante, tanto que o Procon,
201 frente às reclamações que recebeu em 2001 e às quase 100 recebidas nos cinco primeiros
202 meses de 2002, havia submetido um material à Secretaria de Justiça do Estado de São
203 Paulo, para poder orientar o consumidor a não comprar o produto com pagamento de
204 anuidade via cartão desconto e divulgar o nome das empresas que o vendiam. Destacou
205 que a Agência teria de agir sobre as mesmas, que ofertavam uma variedade de serviços,
206 como de hotelaria, de turismo, etc, entretanto, com alvo nos de saúde, lesavam o
207 consumidor sem lhe garantir o recebimento de tais descontos e, valendo-se de astutos
208 artifícios contratuais, impossibilitavam-no de rescindir o seu contrato. Registrou que o
209 PROCON, depois de analisar a documentação daquelas empresas, havia concluído que elas,
210 conforme falou o **Dr. Edson**, eram desprovidas de qualquer caracterização jurídica,
211 possuíam uma "carteira" significativa de usuários e atuavam sem nenhum compromisso
212 com a assistência à saúde, por considerarem que não eram atingidas pela Lei nº 9656 e,

213 portanto, não podiam ser fiscalizadas pela ANS. **O DR. ARLINDO** lamentando que a
214 própria AMB, por um tempo, tinha aderido a um plano dessa natureza, revelou que o
215 SINAMGE já vinha insistindo para que a Agência tomasse medidas concretas contra o
216 abuso instalado pelos cartões de desconto, que suscitavam um cuidado super especial.
217 Apontou que esses eram vendidos por empresas que, impropriamente, se denominavam
218 operadoras de planos de saúde, as quais faziam promessas absurdas aos usuários e
219 divulgavam seu produto a preços anuais irrisórios sem qualquer responsabilidade com a
220 assistência à saúde ou garantia real de cobertura, o que era uma verdadeira propaganda
221 enganosa, tanto que uma dessas havia sido condenada pelo CONAR num processo movido
222 por sua entidade. **O DR. JANUARIO** pediu à **Dra. Solange** que situasse como a Agência
223 vinha encarando essa matéria. **A DRA. SOLANGE** reportou que dentro do universo das
224 empresas que trabalhavam com essa modalidade de cartão desconto, havia identificado um
225 grupo que atuava na marginalidade e no terreno da fraude, às vezes sem possuir registro
226 na Junta Comercial, cujas denúncias encaminhava para o Ministério Público por não ter
227 competência legal para averiguá-las. No tocante ao grupo das empresas que poderiam ser
228 vistas mais no campo da legalidade, estava na fase de levantamento de seus estatutos,
229 documentos e informações, e de análise cuidadosa desse material, com o propósito de
230 enquadrar na Lei todas que se aproximassem minimamente do conceito de plano de saúde,
231 evitando declarar, de forma precipitada, que elas não eram operadoras e saíssem da sua
232 esfera regulatória. Nesse sentido, buscava embasar sua conclusão e, enquanto isso,
233 subordinava essas empresas ao seu poder de polícia e às regras do setor, mas, na hora do
234 registro provisório, esbarrava no problema da diversidade de atuação e organização das
235 mesmas, que operavam inclusive no ramo de funerária, como ali mencionado. Encerrando,
236 salientou ser primordial a parceria com as entidades de defesa do consumidor e de
237 prestadores de serviços, que poderiam noticiar os fatos que tomassem conhecimento e
238 contribuir para o posicionamento definitivo acerca dos limites de competência da ANS
239 sobre a regulação desses produtos e empresas, que realmente eram nocivos à área da
240 saúde suplementar. **O DR. JANUARIO** elogiou a postura do CFM e da AMB no sentido de
241 não aceitar esse tipo de conduta, e, por ser legalmente vedado ao prestador vincular-se à
242 operadoras não registradas na Agência, sugeriu que as entidades de classe fizessem esse
243 alerta aos seus afiliados. Em seguida, partindo do princípio de que se regulava um setor do
244 mercado privado para proteger o usuário e estabelecer condições mínimas e igualitárias de
245 competitividade econômica, reforçou que a Agência adotava o entendimento de que as
246 empresas que, pelo cartão desconto, ofereciam serviços ligados à saúde estavam na órbita
247 da regulação e agia com severidade sobre as mesmas, contudo sem obter o êxito
248 desejado. Por isso, atribuiu como oportuno que tal problemática tivesse vindo à tona na
249 Câmara de Saúde Suplementar, com o objetivo de que fosse deliberado quanto à
250 admissibilidade do produto de assistência à saúde via cartão desconto e quanto à
251 obrigatoriedade, para os que o comercializavam, de se organizarem como operadora de
252 plano de saúde, ficando sob a fiscalização da ANS. Por ser essa uma preocupação coletiva,
253 decidiu incluir o assunto na agenda da reunião de 29 de agosto daquela Câmara e apelou
254 que as entidades disponibilizassem à Agência tudo que possuísem a ele referente e que
255 pudesse subsidiar a sua discussão. No que tange ao item da pauta- Doença e Lesão
256 Preexistente, cujas propostas foram sistematizadas nos blocos Conceito, Necessidade de
257 Aperfeiçoamentos de Regulação, e Processo, cientificou que a decisão da Agência era de
258 preservar o debate desse tema naquele fórum, criar uma câmara técnica visando
259 desenvolver uma metodologia de cálculo para o agravo, sem suspender a exigência do
260 mesmo, e de manter inalterado o seu conceito legal, que protegia o usuário, solicitando ao
261 **Dr. Barroca** que expusesse os motivos pelos quais seria defendido com tranquilidade. **O**
262 **DR. BARROCA** evidenciou que o conceito legal de doença e lesão preexistente havia
263 representado um avanço efetivo para a sociedade, vez que exigia que o paciente soubesse
264 ser dela portador ou sofredor quando do seu ingresso no plano e de somente poder ser
265 alegada no prazo máximo dos primeiros 24 meses do contrato, com o ônus da respectiva

266 prova imputado à operadora. Realçou que esse era um conceito inédito e inclusivo por
267 deixar claro que, vencido aquele prazo, a operadora teria de cobrir todo atendimento ligado
268 à preexistência de qualquer de seus usuários e que, com base na mutualidade de
269 financiamento e de assistência, ele havia permitido um aumento moderado de adesão aos
270 planos com a opção da cobertura parcial temporária, sem que houvesse o exagero
271 apregoadado pelas operadoras em 1998. Admitindo que a normatização da DLP precisava de
272 aprimoramentos, a exemplo da entrevista qualificada, da declaração de saúde, do formato
273 de sua alegação por parte da operadora, etc, acentuou que a Diretoria Colegiada da
274 Agência estava absolutamente convicta de que o núcleo central dessa questão não era um
275 termo médico, e sim um marco regulatório inclusivo e protetor da saúde. **A DRA. ANDREA**
276 expôs que, para o IDEC, esse aperfeiçoamento era um pressuposto indispensável,
277 aprimorando os pontos enumerados pelo **Dr. Barroca**, além dos constantes de sua
278 proposta conjunta com o PROCON, tais como os relativos à diversas resoluções do CONSU
279 e da ANS, ao agravo, ao rol de procedimentos, alguns não incorporados no documento de
280 sistematização distribuído. Disse que teriam de refazer essa proposta, em virtude do
281 encaminhamento de debater a DLP na Câmara de Saúde Suplementar e da recusa de
282 criação da câmara técnica e de alteração do seu conceito ou do agravo. Assim, julgou
283 apropriado que durante o mês de julho as entidades pudessem enviar as suas sugestões
284 pormenorizadas, as quais deveriam ser discutidas em mais uma reunião, com o
285 compromisso da Agência de analisá-las e rever, se fosse o caso, a regulamentação.
286 Acrescentou que formalizaria, independente da essência do conceito de DLP, um arrazoado
287 explicando claramente porquê alguns aspectos das regras em vigor tinham de ser
288 modificados, de modo que passassem a ser respeitadas e servissem de mecanismos para
289 coibir um pouco as injustiças cometidas e os abusos praticados pelas operadoras no
290 mercado. **A DRA. LUCIA HELENA**, tendo sido comprovado numa pesquisa que 32,20%
291 das empresas interferiam na questão da preexistência, enfatizou ser imperioso que fossem
292 discutidos os dois anos de carência ou de cobertura parcial temporária, a alta
293 complexidade, e outros itens ligados à ela que propiciavam a negativa de atendimento
294 pelas operadoras, uma grande demanda dos órgãos de defesa do consumidor e dos
295 médicos. Pleiteou que a Agência se posicionasse a favor de incluir no debate aqueles
296 componentes do conceito legal de DLP, os quais ausentes, acarretariam o seu
297 engessamento nos problemas de varejo e não de atacado, além de, constatando a
298 necessidade, enviasse ao Congresso Nacional propostas de reavaliação do que estava
299 previsto na Lei, seguindo o consenso havido à época do Simpósio no ano passado.
300 Concordando que o agravo não fosse retirado da regulamentação em nenhum momento e
301 que houvesse a câmara técnica com caráter exclusivo de estabelecer uma metodologia
302 para o seu cálculo, insistiu na criação de outra que abordasse a DLP em todas as suas
303 nuances e investisse fortemente no fato do consumidor não conseguir a sua cobertura.
304 Entretanto, não sendo esse o intuito da Agência e com a finalidade de ver solucionados os
305 casos de preexistência que muito atingiam aos consumidores, indicou que o mais
306 importante seria tratar tal matéria com a maior rapidez possível, defendendo dessa
307 maneira que as propostas das entidades sobre a mesma fossem discutidas na próxima
308 reunião daquele fórum. **A DRA. CIBELE** compartilhou com a proposta do IDEC e do
309 PROCON, que representavam usuários do Brasil inteiro, de se instalar uma câmara técnica
310 para a DLP, favorecendo o exercício da democracia e acolhendo a uma reivindicação da
311 população. Na qualidade de funcionária do Ministério do Trabalho, cogitou de levar a esse
312 órgão a idéia de encomendar uma pesquisa que certificasse a qualidade do atendimento e
313 a cobertura ofertada pelos planos aos trabalhadores, grande parcela dos beneficiários do
314 mercado privado, subsidiando à Agência e fortalecendo as denúncias que as entidades de
315 defesa do consumidor constantemente traziam para a Câmara de Saúde Suplementar. **A**
316 **DRA. NEIDE** considerou ser imprescindível uma câmara técnica que discutisse com
317 seriedade o agravo e a exata definição do conceito de DLP, impedindo que isso se tornasse
318 um dos maiores engodos do País. Calcada nos acontecimentos da vida real, onde toda

319 pessoa com um pouco de condições financeiras abdicava de outros benefícios para fazer
320 um plano de saúde, a fim de garantir o seu futuro e evitar a assistência calamitosa do SUS,
321 alegou que tal circunstância era inversa à sustentada pelas operadoras de que os
322 consumidores procuravam esse recurso apenas no momento em que estavam doentes e
323 tentavam se aproveitar daquelas “pobres” empresas, quando na verdade eram elas que
324 sempre os surpreendiam com a recusa de atendimento da preexistência, intitulado-os
325 cruelmente de “população bandida”. Recuperou que o debate da Lei foi iniciado com um
326 projeto que continha somente o artigo proibindo a discriminação de qualquer doença, o que
327 não aconteceu, verificando que, mesmo com o avanço de milhares de regras, resoluções,
328 portarias, etc, editadas posteriormente à 9656, não se conseguiu resolver a situação do
329 consumidor, que já assumia o ônus completo desse custo e continuava sem o direito de
330 cobertura para a DLP, independente dos 24 meses de carência. Achou que a Agência
331 deveria acompanhar a iniciativa da **Dra. Cibele** e fazer uma pesquisa dos serviços
332 oferecidos pelos planos aos seus usuários, para desmascarar a imagem de que a maioria
333 deles era bem atendida. **O DR. EDSON** dando ênfase aquele relevante debate de
334 preexistência, frisou que o CFM, numa resolução de 1996 relatada por ele, assumiu que o
335 seu conceito era inaceitável do ponto de vista médico e não passava de um marco
336 contratual. Frisou também que, por envolver um mútuo, o único jeito de trabalhar a DLP
337 seria através da análise de custos, um desafio que passava a ser colocado às operadoras
338 no sentido de que os expusessem, para que se entendesse a estrutura de suas planilhas,
339 onde gastavam o dinheiro e o que era compartilhado. Podendo um plano de saúde ter a
340 adesão tanto de pessoas sadias quanto das que nele ingressavam já carecedoras de um
341 procedimento no dia seguinte, declarou ser fundamental que a Agência decidisse quem
342 assumiria o ônus dessas últimas, se deveriam optar pelo agravo ou, como acreditava ser o
343 correto, teriam a solidariedade do mútuo com essa despesa dividida entre a massa de
344 usuários, o que era interessante até para que não houvesse retrocesso no patamar de
345 conquista por ela suscitado. Reforçou que tal atitude, aliada à abertura das planilhas,
346 poderia coibir um verdadeiro caso de polícia cometido por uma parte substancial das
347 operadoras quando, no balcão, constrangiam quem tinha direito à assistência e chegava
348 em estado de fragilidade, e permitiria ao indivíduo sadio saber que estava contribuindo
349 com um pouco mais para garantir o atendimento dos que estivessem doentes, os quais
350 mereciam ser tratados condignamente e não serem comparados a carro batido, algo que
351 ouvia com frequência e repudiava. A respeito do agravo, argumentou que era indispensável
352 saber o número de pessoas que tinham uma determinada patologia e o grau de
353 comprometimento do sistema com isso, pois sem informações epidemiológicas qualificadas,
354 ele continuaria sendo difícil de ser caracterizado, com seu custo elevado, e a sua discussão
355 ficaria no “achismo”, sem elementos concretos para valorar o mesmo. **O DR. ERIVALDER**,
356 tendo vivido a negativa de um procedimento por ser de alta complexidade, observou que o
357 conceito de preexistência não existia pela ótica médica, não passando de uma simples
358 figura jurídica, e que talvez tivesse sido significativo antes de ser normatizado. Confirmou
359 que a opinião da CUT, em consonância com o PROCON e IDEC, era de que houvesse um
360 vasto aprofundamento da DLP, evoluindo na busca de novas perspectivas, porque nem os
361 usuários conseguiam a sua cobertura devido as burlas feitas na lei e nem os profissionais
362 da área da saúde trabalhavam dentro do princípio holístico que gostariam, sem qualquer
363 segmentação. **O DR. ARLINDO** resgatando que, antes da 9656, houve um fórum de
364 representantes de todas as áreas que discutiu os planos de saúde por quase quatro anos e
365 parou na complexa problemática da doença preexistente, consignou que a regulamentação,
366 sem dúvida, havia sido um avanço social fantástico, ao fixar que o usuário, na assinatura
367 do contrato, soubesse ser portador da moléstia e o prazo máximo de dois anos para que
368 essa fosse argüida, após o que a sua cobertura estaria assegurada. Ao revés dos planos
369 coletivos que permitiam calcular o risco que se estava correndo pela sua população
370 delimitada, localizou que as operadoras tinham o entrave da preexistência nos individuais,
371 onde o usuário podia aderir a um plano, algumas vezes já requerendo procedimentos

372 onerosos, sem qualquer compromisso de nele permanecer, apelando que a Agência
373 tomasse providências para combater aquela mentalidade contrária aos seguros existentes.
374 Reiterou que, para o SINAMGE, o agravo era impraticável, significava um altíssimo risco e
375 deveria ser suspenso até que se encontrassem meios de viabilizar o seu cálculo, muito
376 embora fosse correto ser cobrado pelos órgãos de defesa do consumidor. Justificou que a
377 postura da sua entidade não tinha nenhum propósito de desqualificar o usuário, a quem a
378 Constituição garantia o direito à saúde e que merecia ser tratado como cidadão, mas
379 decorria do fato das empresas estarem sendo multadas pela ANS, o que denegria a
380 imagem das mesmas e passava a errônea impressão de que tentavam sonegar
381 determinados serviços. **A DRA. LUCIA HELENA** contestou ao **Dr. Arlindo** pelo lamentável
382 motivo de que, como habitualmente acontecia no Brasil, havia uma distância brutal entre
383 aquilo que a legislação previa e o que era feito na realidade, onde o conceito de DLP era
384 desrespeitado e até ignorado pelas operadoras. Assegurou que essas, descumprindo as
385 normas vigentes, negavam a cobertura dos procedimentos vinculados a preexistência, na
386 maioria das vezes, sob o falso pretexto de que constavam da ficha de adesão preenchida
387 pelo usuário ou do rol de alta complexidade, o que induzia o consumidor a procurar o
388 PROCON, que tinha de se recorrer ao Poder Judiciário, chamando a atenção da Agência
389 para que se conscientizasse e resolvesse aquele problema, o qual não poderia continuar
390 existindo. **A DRA. ANDREA** replicou ser infundado o argumento do **Dr. Arlindo**, que
391 servia unicamente para dissimular o comportamento danoso das operadoras nos casos da
392 preexistência, vez que, na prática, o consumidor aderira a um plano de saúde sempre que
393 tivesse o mínimo de condições para isso, não só no momento que precisava de um exame
394 mais caro ou de uma cirurgia, e expressou a sua expectativa de ver chegar o dia em que o
395 sistema público atendesse a todos os cidadãos, quando os planos de saúde seriam apenas
396 uma opção. **O DR. VITOR** demonstrando-se contente com a perspectiva de se construir a
397 base epidemiológica do setor, uma de suas primeiras demandas desde que passou a
398 representar a CNI naquela Câmara, defendeu que a coleta e estudo de seus elementos
399 superassem o modo tradicional feito por níveis de renda, que agregava um pouco quando
400 comparava pessoas de rendas muito diferentes. Sugeriu que as informações fossem
401 buscadas junto aqueles que possuíam planos de saúde, os atendidos pela medicina liberal e
402 os que recebiam assistência somente do SUS, de maneira que o País pudesse saber se o
403 seu modelo de medicina trazia mais saúde para a população e o setor pudesse medir o
404 grau de satisfação dos usuários de planos. Mencionou que em 2002 a CNI, com apoio da
405 OPAS e do Ministério da Saúde, desenvolveria um banco de dados das condições
406 epidemiológicas dos trabalhadores adultos da indústria, levantados em cinco Estados
407 brasileiros, dizendo que sua entidade estava receptiva a qualquer colaboração para que
408 esse sistema fosse criado. Por fim, julgou adequado que houvesse a Câmara Técnica de
409 DLP, a qual, num curto espaço de tempo e sem pretender mudar conhecidas posturas das
410 entidades relativas a esse assunto, poderia contribuir para desatar alguns dos nós nelas
411 existentes. **O DR. CELSO** lembrou que bem antes da Lei foi defensor da posição do
412 CREMERJ de que os planos cobrissem todas as doenças, e que, naquele momento,
413 exercendo um outro papel, temia que as Unimed's, com os seus custos exorbitantes
414 inclusos nas planilhas já divulgadas, não suportassem aquela cobertura. Repetiu que vinha
415 se manifestando com um certo pessimismo e observando o descontentamento dos atores
416 do setor, porque se preocupava com a grave questão levantada pelo presidente do CFM do
417 financiamento do sistema, que teria de ser aprofundada e encarada de frente,
418 especialmente em se tratando de DLP, para que a regulamentação evoluísse. Narrando
419 uma experiência quase desastrosa de sua cooperativa quando prestou assistência integral
420 à 40 mil funcionários do DNER, uma massa majoritariamente idosa, cujo contrato, apesar
421 dos seus altíssimos valores, foi cumprido em função do cliente, colocou ser preciso que se
422 refletisse quanto ao desempenho do mercado, o qual avaliava positivo em virtude do
423 esforço imprimido pelas operadoras, ao menos as mais sérias, para que os serviços fossem
424 qualificados, o que gerava um elevado nível de satisfação dos usuários de planos conforme

425 constatado numa pesquisa do instituto Datafolha. Propôs que se refletisse ainda sobre a
426 situação dos médicos que, para obterem um faturamento razoável, estavam aumentando o
427 número de clientes e comprometendo a qualidade do atendimento, além de pedirem mais
428 exames, e das operadoras que, tendo de arcar com o ônus de determinadas patologias, a
429 exemplo da dengue que superou a casa de R\$ 2 milhões para a Unimed, não tinham
430 nenhum reconhecimento no reajuste. Denotou que naquela discussão, criando ou não a
431 Câmara Técnica de DLP, o primordial seria ampliar a capacidade de gerenciamento do
432 sistema, primando pela excelência da assistência, e contemplar razoavelmente a cada um
433 dos seus segmentos. **O DR. REINALDO** ressaltou a relevância da Agência trazer para
434 aquele debate dados que aferissem comparativamente o número de usuários de planos
435 contratados antes e após a Lei, pois tinha a sensação de que houve um envelhecimento na
436 carteira dos individuais sem a entrada de pessoas jovens, o inverso do que estaria sendo
437 presumido. Dando seqüência à fala do **Dr. Arlindo**, ratificou ser imprescindível que o
438 agravo tivesse uma forma de cálculo muito consistente, motivo pelo qual o SINAMGE
439 propunha que a sua aplicabilidade fosse suspensa enquanto estivesse sendo discutido na
440 câmara técnica, considerando um equívoco que a Agência já preestabelecesse a não
441 suspensão do mesmo. Alertou que outro desequilíbrio a ser revisto era o mecanismo do
442 usuário poder, inadimplente com as mensalidades, usar o seu plano por até 60 dias e
443 abandoná-lo a qualquer momento, casos em que as operadoras deveriam ter alternativas
444 para se ressarcirem desses valores, tal como descontá-los das reservas técnicas que
445 tinham junto a Agência. Advertiu que tão importante quanto pensar na saúde do paciente
446 era também a saúde financeira do sistema que, sem recursos para sustentar todos os
447 benefícios e com os problemas da conjuntura econômica do País, poderia chegar à falência,
448 o que não era do interesse de ninguém. Sinalizou que aqueles fatores acarretavam
449 dificuldades para o mercado, atingindo igualmente os seus 20% de planos individuais e os
450 80% de coletivos, esses com o desestímulo do empresariado de dar algum tipo de
451 assistência à saúde aos seus empregados, apelando assim para que aquela discussão fosse
452 travada tecnicamente, com calma e pé no chão. **O DR. JANUARIO** fez constar que,
453 historicamente, o SUS sempre foi o grande fornecedor e financiador de serviços de alta
454 complexidade, aliás da maior qualidade, os quais foram introduzidos nos planos privados
455 só com o advento da 9656. Referindo-se aos pronunciamentos, inclusive dos
456 representantes das entidades médicas e do Ministério do Trabalho, em torno da incessante
457 luta para que o setor da saúde suplementar oferecesse assistência integral, ponderou que,
458 quando se deparava com temas daquela natureza, fugia um pouco à percepção das
459 pessoas os ganhos efetivos da sociedade brasileira, o que, nesse caso, saltava aos olhos
460 com o fato de que a legislação já consagrava a cobertura de todas as doenças e fixava na
461 hipótese de preexistência um período de carência para que isso acontecesse e não uma
462 exclusão definitiva. Ainda no tocante à DLP, reafirmou que a decisão da Agência era de
463 manter o debate da sua regulamentação no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar, por
464 entender que, embora merecesse ser amadurecida, não tinha especificidade bastante para
465 uma câmara técnica, e de não fazer qualquer mudança na base desse conceito ou do que
466 fosse da esfera do Legislativo, como nos 24 meses citados pela **Dra. Lucia Helena**,
467 intensificando a sua maior energia no que estivesse afeto à sua capacidade de atuação.
468 Acatou a sugestão de encaminhamento da **Dra. Andrea** e ressaltou que: primeiro, as
469 entidades deveriam refazer as suas propostas detalhadas acerca da DLP durante o mês de
470 julho, período em que a Diretoria Colegiada poderia se reposicionar quanto à sua câmara
471 técnica; e segundo, seria criada uma para avançar na metodologia de cálculo do agravo,
472 que contaria com a colaboração de especialistas em atuária e economia, agregando os
473 dados epidemiológicos existentes, sem contudo suspender a exigência do mesmo
474 reivindicada pelo SINAMGE. Levando em conta os itens pendentes- Doença e Lesão
475 Preexistentes, Cartão Desconto e Ressarcimento ao SUS, disse que a Agência faria um
476 ajuste na pauta das próximas reuniões daquele fórum, noticiando sobre o Ressarcimento, o
477 qual não seria abordado naquela oportunidade pela inviabilidade de tempo, que estava

478 tomando as seguintes providências: submeteria à consulta pública uma resolução
479 normativa que dava uma nova sistemática ao formato do cadastro dos beneficiários,
480 procurando um trânsito mais rápido das informações; e retomaria os trabalhos da Câmara
481 Técnica da TUNEP, tão logo obtivesse a resposta dos requerimentos de informações feitos a
482 um conjunto de operadoras e de prestadores envolvendo cinquenta procedimentos, os
483 quais poderiam servir de referencial para os valores daquela tabela. Para finalizar,
484 agradeceu a presença de todos, o que havia propiciado uma discussão de alto nível, e
485 encerrou a 28ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

486

487 Agência Nacional de Saúde Suplementar

488

489 Associação Médica Brasileira

490

491 Autogestão

492

493 Central Única dos Trabalhadores

494

495 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

496

497 Confederação Nacional da Indústria

498

499 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

500

501 Conselho Federal de Enfermagem

502

503 Conselho Federal de Medicina

504

505 Conselho Federal de Odontologia

506

507 Cooperativas de Serviços Médicos

508

509 Cooperativas de Serviços Odontológicos

510

511 Empresas de Medicina de Grupo

512

513 Empresas de Odontologia de Grupo

514

515 Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais

516

517 Federação Brasileira de Hospitais

518

519 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

520

521 Fundação Procon-São Paulo

522

523 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC

524

525 Ministério do Trabalho e Emprego