

1
2 **ATA DA TRIGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA**
3 **DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS**
4

5 **ABERTURA** – Às dez horas e quarenta e cinco minutos do dia trinta de agosto do ano de dois mil e
6 cinco, no Salão Vermelho do Hotel Nacional, situado no Setor Hoteleiro Sul, Quadra 1, Bloco "A", na
7 cidade de Brasília, Distrito Federal, iniciou-se a Trigésima Nona Reunião Ordinária da Câmara de
8 Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, integrante da Agência
9 Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo
10 Único, do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º
11 da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos**
12 **Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **Gilson Caleman**, Diretor de Gestão
13 (DIGES/ANS); Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das
14 Operadoras (DIOPE/ANS); Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dra.
15 **Alzira de Oliveira Jorge**, da Gerência-Geral Técnico-Assistencial de Produtos (GGTAP/ANS); Dr.
16 **Everardo Cancela Braga**, da Gerência-Geral de Estrutura e Operação de Produtos
17 (GGEOP/DIPRO/ANS); Dr. **Fernando Ferreira**, da Diretoria de Normas de Habilitação das
18 Operadoras (DIOPE/ANS); Dr. **Irapuã Gonçalves de Lima Beltrão**, da Gerência-Geral de Normas e
19 Análise de Mercados (GGNAM/ANS); Dr. **José do Vale Pinheiro Feitosa**, da Diretoria de
20 Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dr. **Bruno Sobral**, do Ministério da Fazenda; Dr. **José**
21 **Carlos de Moraes**, do Ministério da Saúde; Dr. **Fernando Agostinho Cruz Dourado**, do Conselho
22 Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**,
23 do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Dr. **Pedro Pablo**
24 **Magalhães Chacel**, do Conselho Federal de Medicina (CFM), suplente; Dr. **José Mário Moraes**
25 **Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr. **Eduardo de Oliveira** e Dr. **Luís Plínio**
26 **Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **José Francisco Schiavon**, da
27 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **José Martins**
28 **Lecheta**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
29 (CMB); Dr. **Adriano Matheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC); Dr. **José**
30 **Erivalder Guimarães de Oliveira**, da Central Única dos Trabalhadores (CUT); Dr. **Márcio Serôa A.**
31 **Coriolano** e **Marco Antônio Antunes da Silva**, da Federação Nacional das Empresas de Seguros
32 Privados e de Capitalização (FENASEG); Dr. **Samir Dahas Bittar**, da Associação Médica Brasileira
33 (AMB); Dra. **Marília Ehl Barbosa** e Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, da UNIDAS, pelo

34 Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, pelas
35 Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **Celso Corrêa de Barros** e Dr. **José Cláudio Ribeiro**
36 **Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr. **Carlos**
37 **Roberto Squilacci**, do SINOG, pelas Empresas de Odontologia de Grupo; Dr. **Antônio Ielmo Capel**
38 **Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de Serviços
39 Odontológicos; Dr. **Paulo Arthur Lencione** e Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da
40 Defesa do Consumidor, PROCON/SP; Dra. **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, pelas Associações de
41 Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde; Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da
42 ADUSEPS, pela Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde; Dra. **Vera**
43 **Lúcia de Vita**, da AFB, pelas Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologia Especiais; e Dr.
44 **Orestes Mazzariol Júnior**, da União das Empresas Médicas (UEME). Dr. **Fausto dos Santos**
45 procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os integrantes da Câmara de Saúde Suplementar
46 e demais presentes à reunião. A seguir, comunicou as seguintes mudanças ocorridas na
47 representação dos órgãos que integram a Câmara de Saúde Suplementar: **a)** Ministério da Fazenda:
48 Dr. **Bruno Sobral**, titular e Dr. **Thompson da Gama Moret Santos**, suplente; **b)** Ministério do
49 Trabalho: Dra. **Maria Lourdes Ferreira Santos Moure**, titular/suplente; **c)** Ministério da Justiça:
50 Dr. **Marcelo Takeyama**, suplente; **d)** CONASS: Dr. **Fernando Agostinho**, titular e Dr. **Rui Pereira**
51 **dos Santos**, suplente; **e)** UNIDAS: Dra. **Marília Barbosa**, titular; e **José Antonio Diniz**, suplente;
52 e **f)** PROCON/São Paulo: Dra. **Gabriela Ribas**, titular; e Dr. **Paulo Arthur Lencioni**, suplente.
53 Justificou as ausências do Dr. **José Leôncio**, que estava representado pelo Dr. **José do Vale**
54 **Feitosa**, Diretor-Adjunto da DIDES/ANS; Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical; Dr.
55 **Onécio Silveira Prado**, da CMB; e Dr. **Mário César Scheffer**, do Conselho Nacional de Saúde. Na
56 seqüência, colocou em apreciação a ata da 38ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar,
57 informando que haviam sido incorporadas as contribuições feitas pelo Dr. **Márcio Serôa Coriolano**,
58 da FENASEG. **Não havendo destaques, a ata foi aprovada por unanimidade.** Prosseguindo,
59 passou aos itens da pauta, propondo inversão, para que o Termo de Compromisso fosse o primeiro
60 item a ser tratado. **Não havendo posições contrárias, a proposta foi acatada. ITEM 1 –**
61 **TERMO DE COMPROMISSO** – Dr. **Fausto dos Santos** informou que a intenção era fazer um
62 retrospecto sobre os motivos que levaram a definição da proposta de Termo de Compromisso,
63 apresentando um panorama da situação, e prestar esclarecimentos sobre todos os aspectos que
64 envolvem essa proposta, vez que entidades representativas das operadoras fizeram uma série de
65 questionamentos sobre os termos assinados pela Agência e houve, ainda, dúvidas sobre as questões
66 judiciais que estavam naquele momento em tramitação nas esferas estadual e federal. Explicou que a
67 discussão sobre o termo de compromisso iniciou com a ADIn nº 1931-8, que suspendeu a eficácia do

68 artigo 35-E, da Lei nº 9.656/98, o qual previa que os reajustes dos planos individuais e familiares
69 assinados anteriormente ao ano de 1999 também estavam submetidos à aprovação prévia da ANS.
70 Diante disso, a operadora deveria aplicar o que constasse da cláusula contratual, contudo, muitas
71 cláusulas de reajuste eram omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das variações
72 consideradas no cálculo de reajuste. Assim, no final de 2003, a Agência editou a Súmula Normativa nº
73 3, estabelecendo que, para os contratos firmados anteriormente à Lei, atingidos pela ADIN, cujas
74 cláusulas não indicassem expressamente o índice de preços, deveria ser aplicado o índice da ANS
75 apurado de acordo com a metodologia e as diretrizes submetidas ao Ministério da Fazenda. Disse que
76 durante 2004, as operadoras aplicaram reajustes em contratos cujas cláusulas não permitiam o
77 conhecimento prévio do critério de ajuste que foi ditado unilateralmente pelas operadoras, não
78 observando o disposto na Súmula Normativa nº 5. Citou, por exemplo, os reajustes máximos
79 aplicados pelas seguintes operadoras: BRADESCO – 81%; Sul América – 47,5%; Golden Cross –
80 20,5%; Amil – 14,75%; ITAÚSEG – 85,1%; e Porto Seguros – 20,89%. Explicou que, diante desses
81 ajustes, foram impetradas liminares nos Estados e a ANS, juntamente com a União e o Ministério
82 Público Federal, entrou com Ação Civil Pública visando obter efeito imediato sobre a situação dos
83 consumidores atingidos pelos reajustes e conseguiu a edição de liminar proibindo que operadoras
84 reajustassem os contratos em mais de 11,75%, índice estabelecido pela Agência para a correção das
85 mensalidades. Com isso, as operadoras comprometeram-se a devolver aos beneficiários a diferença
86 dos reajustes maiores que o índice definido pela ANS e, até que houvesse nova decisão, foram
87 obrigadas a enviar boletos com reajustes de, no máximo, 11,75% aos mais de 800 mil clientes
88 envolvidos nessa questão. Esclareceu que a ANS iniciou negociação com as operadoras para a
89 assinatura de Termos de Compromisso, na perspectiva de deixar claras e de forma permanente as
90 cláusulas contratuais, até então obscuras e trazer de volta o processo regulatório do reajuste. Expôs
91 que as cláusulas de reajuste tinham por base a Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH),
92 entretanto, não possuíam critérios claros para a sua mensuração. Por essa razão, surgiu a
93 necessidade de definir, de forma a não deixar dúvidas, os critérios, conceitos técnicos e parâmetros
94 para apuração da VCMH. Destacou que foram definidos dois tipos de Termos, sendo: Termos de
95 Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC), que trata de acordo previsto na Lei nº 9.656/98 como
96 alternativa à aplicação de penalidade, em que a operadora compromete-se a cessar a prática irregular
97 e a corrigir eventuais danos causados; e Termos de Compromisso (TC), que consiste em instrumento
98 passível de adoção quando houver vantagens para os consumidores. Ressaltou que a assinatura dos
99 TCACs, pelas operadoras junto a ANS, resultou na suspensão da aplicação das multas e a assinatura
100 dos TCs deu legitimidade às cláusulas de reajuste baseadas na VCMH, pois fora estabelecida forma
101 clara e explícita para o seu cálculo. Informou que até aquele momento haviam sido assinados cinco

102 Termos de Compromisso com a Agência, sendo: TC nº 01/2004 – Bradesco Saúde S/A – Seguradora
103 Especializada (mais de 100.000 beneficiários); TC nº 02/2004 – Sul América S/A – Seguradora
104 Especializada (mais de 100.000 beneficiários); TC nº 03/2005 – Golden Cross Ltda – Medicina de
105 Grupo (mais de 100.000 beneficiários); TC nº 04/2005 – Amil Assistência Ltda – Medicina de Grupo
106 (mais de 100.000 beneficiários); e TC nº 05/2005 – ITAÚSEG Saúde S/A – Seguradora Especializada
107 (menos de 100.000 beneficiários). Detalhou que a VCMH constava na maior parte dos contratos
108 firmados anteriormente à Lei nº 9656/98, entretanto, a sua apuração não era definida de forma clara,
109 já que os dados relativos a sua apuração foram apresentados considerando-se custo unitário e
110 frequência de utilização. Sendo assim, salientou que o objeto do Termo de Compromisso era a
111 atualização da mensalidade em função da evolução anual dos custos médico-hospitalares e não a
112 correção de eventuais desequilíbrios econômico-financeiros da carteira. Explicou que as empresas
113 encaminharam os seguintes dados para apuração da Variação do Custo Médico-Hospitalar:
114 atendimentos ambulatoriais; exames complementares; terapias; internações; consultas; demais
115 despesas assistenciais; e despesas não assistenciais. Detalhou que os Termos estabeleciam em seu
116 sub item “a” a exclusão da variação dos custos não assistenciais no cálculo da variação do custo
117 médico-hospitalar, assim, embora tenham sido apresentados, esses dados não foram utilizados no
118 cálculo dos números finais. Esclareceu também que, para definição do número a ser aplicado como
119 reajuste da contra-prestação pecuniária, considerou-se a variação do primeiro período (fevereiro de
120 2003 a janeiro de 2004) e do segundo (fevereiro de 2004 a janeiro de 2005) e o critério do
121 comportamento mais eficiente. Então, o índice de variação apurado pela operadora/seguradora
122 especializada em saúde era comparado com as demais operadoras de mesma classificação e porte,
123 sendo aplicado o índice da operadora que comprovasse, no julgamento da ANS, o comportamento
124 mais eficiente em relação à variação de despesas. Disse que, para este primeiro ano, a ANS
125 considerou mais eficiente a empresa que apresentou a menor Variação do Custo Médico Hospitalar
126 por segmento e porte, o que significava que ano seguinte, por exemplo, dentro do Projeto da
127 Qualificação, poderia ser adotada outra metodologia para julgar qual seria a empresa mais eficiente e,
128 com isso, ser estabelecido novo critério de comparação. Prosseguindo, esclareceu que o Termo de
129 Compromisso também tratava da questão do resíduo, que consiste na diferença do reajuste do
130 exercício de 2004, sendo apurado com os dados da VCMH da própria operadora/seguradora. Caso
131 existisse, seria aplicado juntamente com o percentual de reajuste anual apurado para 2005. Expôs
132 que a ANS utilizou como critério de cálculo para o reajuste de 2005 o segmento, o porte das
133 operadoras e o comportamento mais eficiente em relação à Variação dos Custos Médico-Hospitalares.
134 Citou, como exemplo, o caso da Bradesco Saúde e da Sul América que pertencem ao mesmo
135 segmento (Seguradoras) e têm o mesmo porte (mais de 100 mil beneficiários). A Agência avaliou a

136 VCMH das duas operadoras e considerou como comportamento mais eficiente a menor variação de
137 custo, fixando em 15,67% o reajuste de 2005 a ser aplicado aos planos de saúde individuais antigos
138 das seguradoras. Observou que o resíduo de cada operadora correspondia a VCMH de 2004, excluídos
139 os 11,75% aplicados no ano passado. Assim, o resíduo da Sul América foi de 9,02% e o da Bradesco
140 Saúde de 8,76%. Destacou que a ANS avaliou a VCMH das operadoras Golden Cross e a da Amil
141 Assistência Médica Internacional, ambas do segmento Medicina de Grupo e com o mesmo porte (mais
142 de 100 mil beneficiários) e considerou como comportamento mais eficiente a menor variação de
143 custo, fixando em 11,11% o reajuste de 2005 a ser aplicado aos planos de saúde individuais antigos
144 das operadoras, chegando ao resíduo de 7,31% para a Golden Cross e 8,06% para a Amil.
145 Apresentado esse panorama, falou sobre a situação até aquele momento. Expôs que, em 1º de
146 agosto de 2005, a ANS suspendeu os reajustes autorizados com base nos Termos de Compromisso
147 em função da decisão do Desembargador Federal **Marcelo Navarro**, do Tribunal Regional Federal,
148 motivado por questionamento da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas
149 de Saúde, do Estado de Pernambuco (ADUSEPS) e Associação de Defesa da Cidadania e do
150 Consumidor (ADECON). Considerou importante esclarecer que esse questionamento foi apresentado
151 na 1ª Instância na Justiça Federal de Pernambuco e rejeitado pelo juiz de 1ª Instância. Assim, feito
152 em forma de recurso ao Tribunal Regional Federal e confirmado em decisão monocrática e, em
153 seguida, pela turma do Tribunal Regional Federal da 5ª Região, em Pernambuco. Diante disso,
154 explicou que a ANS, primeiramente, interpôs recurso de agravo regimental, o qual foi improvido pela
155 4ª Turma do mesmo TRF 5, mantendo a decisão do desembargador **Marcelo Navarro**. Assim, a
156 Agência requereu a suspensão da decisão da 4ª turma do TRF, por meio de Pedido de Suspensão
157 formulado ao Presidente do Superior Tribunal de Justiça (STJ), Ministro **Edson Vidigal**, pedido este
158 que ainda aguardava apreciação. Explicou que essa questão atingia aproximadamente 1,96% dos
159 beneficiários de contrato que foram objetos do Termo Compromisso. Também informou que a
160 Agência definiu, por meio da Resolução Normativa nº 106, o prazo de outubro de 2005 para que as
161 empresas, caso assim desejassem, solicitassem Termo de Compromisso. Todavia, somente poderiam
162 ter acesso as empresas que tivessem cláusulas omissas em relação ao reajuste ou cláusulas que não
163 explicitem com clareza para o consumidor o formato de como se chegaria a esse número. Finalizando,
164 explicitou que os Termos de Compromisso também tiveram a interveniência do Ministério da Justiça,
165 por meio da Secretaria de Direito Econômico, que assinou, junto com a ANS, os TCs. Concluída a
166 apresentação, abriu a palavra para questionamentos e esclarecimentos. Dr. **Antonio Alarcon**, da
167 UNIODONTO, solicitou que o Presidente da ANS se manifestasse sobre a questão dos reajustes para
168 odontologia, já que a data base de reajuste era maio de 2005 e, até aquele momento, a Agência não
169 havia se posicionado sobre a questão. Dr. **Fausto dos Santos** respondeu que a ANS estava

170 discutindo internamente a questão dos reajustes para o setor odontológico e acreditava que o debate
171 seria concluído na semana subsequente. Em sendo assim, a Agência apresentaria proposta de
172 Resolução à Secretaria de Acompanhamento Econômico. Não havendo novos questionamentos,
173 convidou o Dr. **Irapuã Gonçalves de Lima Beltrão**, da DIOPE/ANS e o Dr. **Everardo Braga** para
174 tratar do tema autorização de funcionamento. **ITEM 2 – AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO –**
175 Dr. **Irapuã Gonçalves de Lima Beltrão**, da DIOPE/ANS, iniciou a apresentação, explicando que a
176 Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde possuía como
177 fundamento legal a Lei nº 9.656/98, especificamente os seus artigos 8º, 9º e 19, que estabeleciam as
178 condições mínimas e gerais para concessão da autorização de funcionamento, sendo normatizada pela
179 Resolução Normativa nº 85, posteriormente modificada pela RN nº 100, que compatibiliza os
180 requisitos legais e outros básicos da regulação estabelecida pela ANS. Explicou que faria uma
181 abordagem sobre as operadoras já registradas e o procedimento utilizado pela ANS para que as
182 operadoras tivessem autorização definitiva. Expôs que a autorização de funcionamento contemplava
183 duas etapas, uma relativa à operadora e outra ao produto. Disse que trataria da etapa relativa à
184 operadora e, posteriormente, o Dr. **Everardo Braga** falaria sobre a etapa concernente ao produto.
185 Explicou que, na etapa operadora, foram feitas confirmação documental e checagem das informações
186 das operadoras na própria Agência, aproveitando os documentos que já existiam no processo de
187 registro provisório. Explicou, também, que, como medidas preparatórias, a ANS promoveu revisão
188 cadastral de todas as operadoras já registradas e houve grande esforço para apurar a situação
189 regulatória (envio de informações e situação das provisões). Paralelamente a esse processo, os
190 representantes da ANS promoveram ampla divulgação sobre a iminência da norma de Autorização de
191 Funcionamento, para que as operadoras também se preparassem. Concluído esse procedimento, disse
192 que a ANS expediu o Ofício Circular nº 001, em fevereiro de 2005, que contemplou o cadastro válido
193 de operadoras da Agência. Explicou que, para a concessão de autorização de funcionamento, foi
194 elaborado o seguinte processo: **a)** envio do Ofício Circular nº 001 ao mercado; **b)** análise das
195 respostas ao Ofício; **c)** envio de Ofício individualizado, requerendo complementação de dados
196 relativos a RN nº 85; **d)** concessão do registro de operadora; e **e)** concessão do registro de produto.
197 Esclareceu que, no início de fevereiro de 2005, foram enviados cerca de dois mil Ofícios-Circulares às
198 Operadoras (exceto para as com endereço inválido), cujas respostas - cerca de 1.400 -
199 concentraram-se entre os meses de março e abril. Ponderou que, após treinamentos e ajustes em
200 logística, no início de 2005, foram iniciados, de fato, os procedimentos para a Concessão da
201 Autorização de Funcionamento e, atualmente, havia mais de 90% de análises elaboradas e cerca de
202 1.300 ofícios gerados. Prosseguindo, falou sobre os principais obstáculos enfrentados pelas
203 operadoras na aquisição da Autorização Funcionamento, sendo eles: cláusulas estatutárias; não

204 adoção de plano de contas; falta de envio do parecer dos auditores independentes; falta de
205 constituição das provisões; falta de documentos e informações anteriores; ausência do envio de
206 informações; e inadimplência da taxa de saúde suplementar. Diante desse quadro, expôs que, até
207 aquele momento, haviam sido concedidos apenas quatro Registros de Operadoras e duas
208 Autorizações de Funcionamento. Por outro lado, destacou que, nos próximos quinze dias,
209 provavelmente esse número aumentaria, já que seria concluída a análise da segunda leva de
210 documentos das operadoras. Prosseguindo, detalhou que 380 operadoras, que representam mais de
211 1.500.000 beneficiários, não responderam ao Ofício Circular nº 001 e não iniciaram o processo de
212 autorização, e 176 operadoras, que informaram mais de 240 mil beneficiários – estavam com
213 endereço inválido no cadastro da ANS e não receberam o Ofício 001, logo, não iniciaram o pedido de
214 autorização. Registrou que, diante da preocupação com o tempo gasto nesse processo, estava sendo
215 discutida a possibilidade de regularização simultânea da operadora e do produto. Considerando que o
216 Plano- Referência era essencial para a autorização de funcionamento, a DIOPE expedira, naquele dia,
217 o ofício circular nº 006, a ser encaminhado a todas as operadoras, alertando para a necessidade de
218 regularizar o produto, em especial, a referência para obter a autorização do funcionamento ao final do
219 processo. A seguir, fez uso da palavra o Dr. **Everardo Cancela Braga**, GGEOP/DIPRO/ANS, para
220 tratar do registro de produtos. Apresentou as condições necessárias para esse procedimento,
221 conforme definido na RN nº 100, de 2005: **I** - Documento de solicitação do registro de produto,
222 assinado pelo representante da operadora a ANS; **II** - Comprovante de envio e incorporação de
223 informações emitidos pelo aplicativo RPS na última versão disponível no endereço eletrônico
224 www.ans.gov.br; e **III** - Declaração de suficiência qualitativa e quantitativa da rede de serviços
225 próprios ou contratados, na forma do modelo constante no anexo V da RN nº 100/05, quando não for
226 comprovadamente possível o atendimento ao § 1º do artigo 13 dessa Resolução. Além disso,
227 destacou o Parágrafo Único da RN nº 100/05 que determina que as operadoras, excetuando as
228 classificadas como autogestões e as exclusivamente odontológicas, deverão ter como primeiro registro
229 o Plano Referência, conforme estabelecido pelo art.10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho, de 1998, para
230 cada tipo de contratação a ser disponibilizada ou comercializada. Explicou que, para os planos de
231 saúde com registro provisório na ANS, deveria ser observada a seguinte condição especial: dentro do
232 prazo previsto na RN nº 100/05, providenciar adequação às informações estabelecidas pelas
233 Resoluções - RDC nºs 4, de 18 de fevereiro de 2000; 28, de 26 de junho de 2000; RN nº 7, de 15 de
234 maio de 2002; e Instrução Normativa da DIPRO nº 8, de 27 de dezembro de 2002, complementadas
235 pelos novos itens constantes com base no anexo II da RN Nº 100/05 e contemplados na nova versão
236 do aplicativo RPS. Prosseguindo, tratou sobre os passos dos sistemas aplicativos já enviados pela
237 Agência. Em relação ao registro de produtos novos, destacou que foram recebidos 404 arquivos

238 sendo que: 71 operadoras enviaram desde o início de julho de 2005; 270 arquivos foram rejeitados -
239 54 operadoras (23 empresas não conseguiram passar os arquivos porque estão com dificuldade de
240 adequação ao sistema); 49 das 71 operadoras já conseguiram encaminhar seus arquivos, sendo 15
241 referências e 17 substituições de arquivos; 47 (21 operadoras) ainda não mandaram as
242 documentações de comprovação de envio, pagamento de taxa e declaração de insuficiência de rede,
243 pois estão aguardando documentação; 75 planos já foram analisados, 28 operadoras já receberam
244 suas orientações de ajuste; e três planos já estão registrados por duas operadoras. Sobre a
245 adequação de registros provisórios, informou que foram recebidos 110 arquivos recebidos de nove
246 operadoras, sendo uma em abril e demais em agosto de 2005, nenhum arquivo foi rejeitado, sendo
247 55 planos (dezesseis referências), alguns com desdobramentos, um plano regularizado (uma
248 operadora) e os demais estavam em análise. Destacou que, para acelerar o processo de registro de
249 produto, foram tomadas as seguintes iniciativas: reuniões de trabalho organizadas pelas entidades
250 representativas das operadoras; atualização das versões dos aplicativos a partir das observações das
251 operadoras; consolidação na página das respostas para as principais dúvidas apresentadas; definição
252 de novas formas de acesso à página para baixa e envio de arquivos; envio de mensagem eletrônica às
253 operadoras em agosto, alertando que o registro de produto para autorização de funcionamento devia
254 ser feito pelos aplicativos ARPS, RPS e SCPA; envio de ofício específico para 69 operadoras que
255 apresentaram parte dos documentos a DIOPE, junto com o registro de operadoras; disponibilidade
256 para discussão preliminar das orientações para instrumentos jurídicos com as entidades
257 representativas ou diretamente com as operadoras que já enviaram arquivos; e incorporação de
258 novos recursos humanos para análise dos instrumentos jurídicos. Concluída a apresentação, Dr.
259 **Fausto dos Santos** abriu a palavra para considerações sobre a autorização de funcionamento das
260 operadoras. Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, cumprimentou a ANS pela regulamentação do
261 processo de autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
262 Entretanto, chamou a atenção para a necessidade de abordar com maior rigor a questão dos registros
263 provisórios, haja vista que 380 operadoras, que representam mais de 1.500.000 beneficiários, não
264 terem respondido ao Ofício Circular nº 001 e não terem iniciado o processo de autorização, e 176
265 operadoras, que informaram terem mais de 240 mil beneficiários, estarem com endereço inválido no
266 cadastro da ANS, o que impossibilitou o recebimento do Ofício Circular em referência e o início do
267 pedido de autorização. Salientou que isso poderia representar descaso, desrespeito e até uma forma
268 intencional de não serem localizadas e acionadas, passando de forma anônima no processo de
269 regulação. Disse não saber se teria havido modificação no procedimento do registro provisório. A
270 esse respeito, entendia que poderia ficar pendente, em termos de documentação e qualificação,
271 somente o que não pusesse em risco a segurança e o atendimento. Em relação às operadoras,

272 acreditava serem um grande transtorno o registro provisório. Dr. **Fausto dos Santos** explicou que, a
273 partir da publicação das Resoluções 85 e 100, não haveria mais registro provisório, pois o registro já
274 era a autorização de funcionamento. Assim, a empresa que desejasse entrar no mercado teria que
275 cumprir a priori todo o ato normativo. Além disso, esclareceu que a Agência revia os dados das
276 empresas que se registraram no Ministério da Saúde, principalmente em 1998 e 1999, no extinto
277 Departamento de Saúde Suplementar ou mesmo em 2000 na própria ANS por meio de editais,
278 publicados até duas vezes por ano e excluía do cadastro aquelas que comprovadamente não
279 existissem, as consideradas clandestinas ou que não operassem e, na seqüência, caso houvesse
280 beneficiário e patrimônio, a Agência promovia a liquidação. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG,
281 destacou que as seguradoras especializadas em saúde estavam recebendo cobranças de taxas de
282 registros de produtos feitos no período de janeiro de 1999 e fevereiro de 2000, que chegavam a R\$ 2
283 milhões, apesar de a Lei 9.961 estabelecer que a taxa de saúde suplementar poderia ser cobrada a
284 partir de fevereiro de 2000. Nessa ótica, perguntou qual o embasamento legal da Agência para essa
285 cobrança já que nada podia ser feito sem o pagamento da taxa. Dr. **Fausto dos Santos** disse que
286 era preciso discutir especificamente essa situação e que não era um problema somente das
287 seguradoras especializadas, apesar de ser mais grave nesse segmento. Além disso, salientou que a
288 Agência estava analisando o aspecto específico levantado pelo Dr. **Márcio Coriolano**. Dra. **Renê**
289 **Patriota**, da ADUSEPS, registrou preocupação com o percentual de empresas que não responderam
290 ao ofício da Agência e que, por isso, não teriam autorização para funcionamento e poderiam trazer
291 prejuízos à segurança do usuário e à livre concorrência do mercado. Além disso, solicitou que a
292 Agência encaminhasse à ADUSEPS, em Pernambuco, a cópia do acordo firmado com a ASL, uma vez
293 que causava estranheza o fato de a empresa interessar-se por carteiras falidas do Estado. Também
294 sugeriu que os Núcleos Estaduais da Agência Nacional de Saúde pudessem ser citados ou mesmo
295 habilitados a receber citação judicial, a fim de não se postergarem medidas judiciais. Propôs, ainda,
296 que a ANS firmasse parceria com entidades de defesa do consumidor, no sentido de otimizar ainda
297 mais o processo de fiscalização das operadoras. Dr. **Fausto dos Santos** fez uso da palavra para
298 prestar esclarecimentos sobre as considerações feitas pela Dra. **Renê Patriota**. Explicou que a
299 Autorização do Funcionamento visava equacionar os problemas colocados pela Conselheira, já que, a
300 partir de 7 de dezembro de 2005, as empresas que não tivessem autorização seriam consideradas
301 irregulares e não poderiam continuar atuando no mercado. Disse que a agência já iniciou a divulgação
302 do rol de empresas que iriam obter a Autorização de Funcionamento e, a partir da data limite, as que
303 não tivessem essa autorização não teriam direito, inclusive, a usar o número de registro da Agência.
304 Contudo, destacou que esse era um processo que demandava tempo e o mercado de saúde
305 suplementar no Brasil crescera durante quarenta anos sem a devida regulação. Reiterou, ainda, que

306 não mais existia a possibilidade de as empresas entrarem no mercado com registro provisório. Em
307 relação a ASL, explicou que o termo estava disponível no site da Agência e o extrato fora publicado no
308 Diário Oficial da União. Sobre a citação, explicou que a Agência só poderia ser citada onde houvesse
309 representação jurídica, logo, não poderia ser nos Núcleos Estaduais e sim na Sede. Além disso,
310 acrescentou que a Procuradoria da ANS tinha prazo para responder às citações e não poderia estar
311 presente em todos Núcleos, caso esses fossem autorizados a receber ordens judiciais. Dra. **Maria**
312 **Stella Gregori**, inicialmente, desculpou-se pelo atraso e comentou sobre a questão dos Núcleos da
313 ANS nos Estados. Explicou que esses Núcleos foram instalados em dez Estados, tendo como
314 atribuições atender e fiscalizar. Acrescentou, ainda, que somente os procuradores da Agência
315 poderiam receber citações judiciais. Além disso, destacou a preocupação da Agência em garantir
316 interface com os órgãos de defesa do consumidor no processo de fiscalização das empresas. A
317 propósito, destacou o Projeto "Parceiros da Cidadania", que tinha por objetivo promover a troca de
318 experiências entre a ANS e os órgãos de defesa do consumidor. Disse que a ANS, até aquele
319 momento, levava o Projeto para onze Estados e, até o final de 2005, todos os Estados, com exceção
320 de São Paulo, por possuir diferente concepção e estrutura, seriam visitados. Também reiterou a
321 necessidade de assinatura de termo de cooperação para a realização de outros projetos em parceria
322 com os órgãos de defesa do consumidor. Dr. **Alfredo Cardoso**, Diretor da ANS, em relação às
323 colocações da Conselheira **Renê Patriota**, afirmou que a ANS vinha trabalhando de forma bastante
324 contundente para retirar do mercado as operadoras que não ofereciam segurança para o consumidor
325 e prestadores e que prejudicavam a concorrência do mercado. Recordou que estivera em Recife para
326 verificar a situação in loco e, após analisar a situação de mais de 90 operadoras do Estado, observou-
327 se sérias dificuldades financeiras. Destacou que existe uma série de operadoras em direção fiscal, que
328 era uma forma de registro especial e outras operadoras que possuíam problemas crônicos haviam
329 sido liquidadas, como a ADIMED. Além disso, salientou que a ASL recebeu as carteiras das duas
330 últimas liquidações, a Master Plan, única que apresentou proposta e a ADIMED e as outras duas
331 operadoras estavam em direção fiscal, com sérios problemas financeiros. Disse que a situação
332 econômico-financeira da ASL era saudável e, inclusive, evidenciou-se in loco que ela possui franquia
333 da Amil, especificamente para o Rio Grande do Norte, que não abrange o mercado de Pernambuco.
334 Reafirmou que a ANS atuava para garantir que somente as operadoras com boa saúde econômico-
335 financeira pudessem atuar no mercado, na perspectiva de garantir a devida segurança aos
336 consumidores e prestadores. Explicou que a Agência verificava a situação das operadoras a partir da
337 análise das informações que lhes eram repassadas trimestralmente e, após confirmar a consistência
338 dessas informações, identificava as eventuais anormalidades e comunicava a operadora para correção
339 das mesmas, caso contrário, era feita a entrega do processo de regime especial. Destacou que esse

340 processo demandava tempo e, no último ano, a Agência vinha trabalhando da melhor forma possível
341 nesse processo. Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, manifestou preocupação com a
342 cobrança de taxas relativas a produtos já cancelados ou que iriam perder a eficácia e salientou a
343 necessidade de discussão mais aprofundada sobre essa questão. Na sua opinião, deveriam ser pagas
344 somente as taxas relativas ao que se desejava registrar e não realizar o balanço de todas as taxas e
345 liquidar o déficit pelo ARPS. Dr. **Sérgio Augusto Werneck**, PROCON/SP, falou sobre o crescimento
346 desenfreado do segmento de auxílio funerário ligado à assistência à saúde, sem o controle da
347 Agência. Explicou que, para burlar o controle, as empresas criavam uma empresa paralela àquela que
348 já prestava assistência funerária, com a finalidade de administrar condomínio médico. Ou seja, a
349 empresa locava espaço, contendo salas, que eram alugadas de maneira direta ou indireta a médicos
350 interessados que passavam a realizar consultas médicas e outros procedimentos como pequenas
351 cirurgias, coleta de material para análise em laboratório. Daí monta-se uma grande clínica onde eram
352 vendidos planos de assistência funerária que davam direito a desconto para atendimento nessa
353 clínica. Disse que essa prática configurava-se em subsegmentação da saúde suplementar, o que não
354 fora aprovado pela Câmara de Saúde Suplementar. A propósito, disse que o Jornal "A Folha de São
355 Paulo" publicou matéria sobre a questão e a Agência declarou que é difícil fiscalizar essa prática.
356 Desse modo, enfatizou que era necessário definir mecanismos para coibir esses procedimentos, por
357 entender que prejudicava indiretamente o setor de saúde suplementar. Dr. **Fausto dos Santos**
358 explicou que a Agência vinha debatendo a questão do cartão desconto e seus vários formatos e, a
359 propósito, expedira resolução proibindo as operadoras de plano de saúde, que eram reguladas por
360 ela, a comercializar o cartão. Além disso, informou que o projeto, elaborado no âmbito da Agência,
361 proibindo a comercialização do cartão de desconto, não vingou e a definição das CPIs dos planos de
362 saúde sobre o tema também fora derrubada pelo "lobby" dos donos de cartões de descontos, dentro
363 do Congresso Nacional. Afirmou que essa questão interessava a todos os atores envolvidos no setor
364 de saúde suplementar - entidades médicas, órgãos de defesa do consumidor, operadoras e ANS.
365 Disse que a Agência encaminhara várias questões relativas ao cartão de desconto ao Ministério
366 Público, entretanto, entendia ser necessário retomar o debate sobre o assunto no Congresso Nacional,
367 visando à regulamentação do funcionamento ou a proibição desse tipo de prática, a fim não trazer
368 danos ao mercado de saúde suplementar. Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS, de início, perguntou
369 como era feito o processo de transferência de carteira de operadoras e falou sobre a questão da ASL,
370 solicitando maiores explicações sobre o contrato feito entre a Agência e a empresa, já que vários
371 usuários tiveram que pagar duas mensalidades em menos de trinta dias, sob pena de terem os seus
372 contratos suspensos. A esse respeito, solicitou que a ANS tomasse iniciativa para resolver a questão o
373 mais rápido possível, caso contrário, a ADUSEPS impetraria outra ação na justiça contra a ASL. Além

374 disso, sugeriu que a Agência divulgasse os nomes das empresas que estavam sob direção fiscal,
375 alertando o consumidor sobre a real situação da empresa que contrataria. Diante das considerações
376 da Dra. **Renê Patriota**, Dr. **Alfredo Cardoso**, Diretor da ANS, detalhou como era feito o processo
377 de transferência de carteira das operadoras sob direção fiscal. Diante da indicação de que a
378 operadora não possuía condições econômico-financeiras para sustentar-se, a Agência determinava a
379 transferência compulsória da sua carteira de planos de saúde para outra operadora, garantindo prazo
380 para que isso fosse feito por livre negociação, desde que os compradores apresentados tivessem
381 condições econômico-financeiras e pudessem dar segurança e tranquilidade na absorção da carteira.
382 No caso de não ser possível por livre negociação, a Agência publicava edital oferecendo a carteira a
383 empresas regularmente inscritas, com manutenção da cobertura assistencial, absorção das carências
384 e manutenção de preços. Com relação a ASL, solicitou a Dra. **Renê Patriota** que listasse os
385 problemas para que pudesse tomar as providências cabíveis. Além disso, lembrou que foi firmado
386 termo de compromisso entre a ANS e a operadora, assim, qualquer comportamento abusivo era
387 passível de coibição. Sobre a venda de operadoras, explicou que a direção fiscal era um regime
388 especial e mais da metade das operadoras nessa situação tinha os seus problemas econômico-
389 financeiros resolvidos, o que significava dizer que nem toda operadora em direção fiscal caminhava
390 irremediavelmente para a liquidação. Além disso, disse que as operadoras sob direção fiscal eram
391 inscritas na ANS, com práticas comerciais lícitas e mercado próprio. Ressaltou que a Agência divulgava
392 os nomes das operadoras sob direção fiscal, para que o consumidor optasse pela operadora que lhe
393 parecesse mais segura e oferecesse as maiores vantagens. Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS,
394 perguntou se a Agência sabia que a ASL, assim que assumisse a carteira da Master Plan, faria a
395 cobrança de mensalidade aos usuários. Dr. **Alfredo Cardoso**, Diretor da ANS, disse a Dra. **Renê**
396 **Patriota** que o Dr. **Everardo Braga**, responsável pela negociação do termo de compromisso com a
397 ASL, estava à disposição para prestar-lhe todos os esclarecimentos necessários sobre o termo de
398 compromisso concernente a ASL. Dr. **Fernando Agostinho Dourado**, do CONASS, solicitou
399 esclarecimentos sobre o percentual de operadoras que não responderam ao Ofício enviado pela ANS.
400 Dr. **Fausto dos Santos** explicou que nos anos de 1998, 1999 e 2000, a partir do processo de
401 regulação, foi aberto cadastro provisório e mais de 2.200 empresas fizeram registro. Um número
402 significativo dessas empresas mantiveram relação formal e constante com a Agência, por meio de
403 funcionamento cotidiano e outras não. Desse modo, seguindo o processo de autorização do
404 funcionamento, a ANS enviou correspondência para as empresas que estavam operando no mercado
405 de saúde suplementar, respeitando todas as condições – questões econômicas, assistenciais, rede,
406 produto, entre outros - e àquelas que, nos últimos três anos, não tiveram relação regular com a
407 Agência. Diante desse esclarecimento, Dr. **Fernando Agostinho Dourado**, do CONASS, destacou

408 que as operadoras que não responderam a ANS certamente não estavam ressarcindo o SUS. Nesse
409 sentido, solicitou à Agência que disponibilizasse relação por estado das operadoras que estavam
410 fazendo o ressarcimento, na perspectiva de firmar parceria para verificar se havia operadora dentro
411 do estado que não estava mantendo relação com a ANS, apesar de estar funcionando. Dr. **Orestes**
412 **Mazzariol Júnior**, da UEME, chamou a atenção para a preocupação dos integrantes da Câmara com
413 a situação econômico-financeira do mercado de saúde, envolvendo operadoras, classe médica,
414 prestadores de serviços médico-hospitalares, entre outros. Explicou que a regulamentação do setor de
415 saúde suplementar visava contemplar a questão dos cartões de saúde, entretanto, isso não foi
416 possível por problemas políticos. Desse modo, esse setor vinha crescendo, sem a regulamentação do
417 Ministério da Saúde, bem como do Conselho Federal de Medicina e observava-se a realização de
418 consultas domiciliares com ambulância, sem atendimento pré-hospitalar, trazendo sérios riscos à
419 população. Nesse sentido, reiterou a necessidade de definir processo regulatório para os cartões de
420 desconto ou, caso contrário, definir a sua extinção do mercado, porque esse tipo de atuação
421 prejudicava as operadoras que ofereciam serviços de qualidade, com seriedade e responsabilidade.
422 Também conclamou o Conselho a participar do processo de retomada desse debate, porque, em
423 assim não fazendo, poderia agravar a situação do sistema de saúde brasileiro. De início, Dr. **Fausto**
424 **dos Santos** destacou que, ao contrário do afirmou o Dr. **Orestes Mazzariol Júnior**, acreditava que
425 o mercado de saúde estava saindo de um processo de crise. Sobre a questão do cartão de desconto,
426 disse que era preciso um movimento do setor de saúde suplementar para que o Congresso Nacional
427 definisse como era e como se daria esse processo. Além disso, expôs que a Associação Brasileira de
428 Empresas de Cartão de Desconto tinha interesse na regulamentação dos cartões, até mesmo para
429 definir regras claras entre as empresas que trabalhavam com essa prática. Falou também sobre a
430 Associação Paulista de Medicina (ABPM) que havia lançado, em associação com outra empresa, o
431 SINASA, que consiste em um cartão de desconto, um pouco mais elaborado e sofisticado, o que
432 levava a concluir que o cartão de desconto era uma questão política e precisava ser melhor discutida.
433 Na sua opinião, essa era uma prática que deveria ser proibida e que dependia da decisão do
434 Congresso Nacional. Dra. **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, ressaltou que a autogestão era
435 diferenciada em relação ao mercado e, por essa razão, era preciso fazer alguns registros com relação
436 às exigências para Autorização de Funcionamento. Disse que a regulamentação para Autorização de
437 Funcionamento apresentava diversos problemas, mas dois pontos essenciais precisavam de uma
438 definição urgente: a questão de o objeto social da pessoa jurídica ser exclusivamente relacionado à
439 assistência à saúde suplementar, no caso dos fundos de pensão e das associações. Explicou que
440 imaginava que o caso dos fundos de pensão estaria resolvido com a edição da Lei Complementar 109,
441 mas algumas instituições filiadas à Unidas, no formato de fundo de pensão, continuavam a receber

442 ofícios da ANS, exigindo a constituição de CNPJ específico. Dessa forma, apresentou como sugestão
443 que a Agência proceda da mesma forma, deixando estabelecido como a referida lei complementar
444 que as organizações que já atuassem no mercado não fossem obrigadas a criar uma outra empresa
445 para administração do seu plano de saúde. Destacou o artigo 15, que dispõe sobre o plano de
446 negócio, que consiste em um documento que contém a caracterização do negócio, contudo, lembrou
447 que a autogestão não administra um negócio, mas sim, um benefício. Em sendo assim, salientou a
448 necessidade de a regulamentação ser mais clara para o segmento da autogestão. Dr. **Alfredo**
449 **Cardoso**, Diretor da ANS, explicou que a Agência tinha conhecimento das demandas específicas do
450 segmento de autogestão e teria reunião no dia 8 de setembro para tratá-las, na perspectiva de
451 harmonizar questões que atendessem aos interesses desse segmento e não conflitassem com a
452 regulamentação. Apesar de terem sido concluídas as inscrições para esse ponto, Dr. **Fausto dos**
453 **Santos** abriu a palavra para o Dr. **Pedro Pablo Chacel**, do CFM, que fora citado. Dr. **Pedro Pablo**
454 **Chacel** explicou que o assunto dos cartões de descontos já havia sido objeto de debate da CSS e, na
455 ocasião, foi recusado pelas operadoras, pela Agência e pelos demais integrantes da Câmara. Em
456 relação à Associação Paulista de Medicina, comprometeu-se a levar a questão para ser discutida no
457 Conselho Federal de Medicina, na perspectiva de ser definida posição a esse respeito. Disse ainda que
458 fora feita consulta ao Conselho Federal de Medicina a respeito do tema e, a propósito, fora aprovado,
459 por unanimidade, parecer contrário. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, reiterou que o mercado
460 de cartões de descontos vinha crescendo de forma considerável e, atualmente, aproximadamente 22
461 milhões de pessoas possuíam cartões de desconto no país, o que correspondia a quase 50% do total
462 de planos de saúde. Diante desse cenário, sugeriu que a ANS avaliasse a possibilidade de
463 segmentação ou flexibilização de produto, já que a população ansiava por assistência suplementar e
464 não tinha condições de tê-la, devido ao alto custo dos planos de saúde. Além disso, expôs suas
465 dúvidas quanto ao sucesso da discussão política no Congresso Nacional sobre essa questão. Para
466 concluir, lembrou que o Presidente da República, na gestão anterior, baixara uma Medida Provisória,
467 flexibilizando o produto e houvera grande reação do ponto de vista ideológico. Dr. **Fausto dos**
468 **Santos** destacou que não retomaria o debate sobre a segmentação de planos de saúde, embora
469 fosse objeto legal e estivesse definido em lei o tipo de plano. Após essas considerações, convidou a
470 Dra. **Alzira de Oliveira Jorge**, da GGTAP/ DIPRO/ ANS, para a apresentação do Programa de
471 Prevenção a Doenças e Promoção da Saúde. **ITEM 3 – PROGRAMAS DE PREVENÇÃO A**
472 **DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE** – Iniciando, a Dra. **Alzira de Oliveira Jorge**, DIPRO/ ANS,
473 informou que apresentaria um panorama da situação atual das propostas de indução à utilização e
474 promoção de programas de promoção de prevenção à saúde e prevenção de doenças, por parte das
475 operadoras. Explicou que esse era um processo de estímulo e indução, estabelecido a partir da

476 Resolução Normativa (RN) nº 94, de 23 de março de 2005, que dispõe sobre os critérios para o
477 deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas
478 operadoras, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Disse que essa RN foi
479 complementada pela Instrução Normativa (IN) nº 10, da DIPRO, que estabelece procedimentos para
480 apresentação e critérios para avaliação desses programas. Explicou, também, que, no dia 30 de
481 junho de 2004, por demanda das próprias operadoras, a Agência prorrogou o prazo para o envio
482 desses programas por mais sessenta dias, totalizando 150, o qual expirou no dia 22 de agosto de
483 2004, segunda-feira. Lembrou que a proposta trabalhava com a lógica de programas de promoção à
484 prevenção como estratégias fundamentais para intervenção no processo de saúde e doenças, já que o
485 tratamento era insuficiente para dar conta da complexidade do “adoecer” da população. Assim, a
486 promoção e prevenção configuravam-se em estratégias de qualificação da assistência à saúde
487 prestada pelos beneficiários. A propósito, citou como exemplo doenças como hipertensão e diabetes
488 em que o gerenciamento e monitoramento dos casos levavam a maior efetividade e impacto do que
489 qualquer outra intervenção. No caso das neoplasias, destacou os procedimentos preventivos e o
490 diagnóstico precoce. Reiterou que a intenção era trabalhar o conceito de promoção e prevenção,
491 entendendo que poderiam ser feitas em todos os momentos do processo saúde e doença e, a partir
492 daí transformar as operadoras em gestoras de saúde, oferecendo o conjunto de intervenções
493 necessárias à promoção e recuperação da saúde do beneficiário, os prestadores em produtores do
494 cuidado de saúde, articulando os diferentes saberes e tecnologias na perspectiva de uma atenção
495 integral às necessidades do beneficiário e os beneficiários em usuários com consciência sanitária,
496 buscando desta forma a recuperação da sua autonomia para “andar a vida”. Além disso, salientou
497 que, para discutir a assistência à saúde, considerava-se o conceito de linhas do cuidado, que
498 consistem em tecnologias ou recursos a serem consumidos durante o processo de assistência ao
499 beneficiário nas diversas etapas do processo de produção da saúde: promoção, prevenção,
500 diagnóstico, tratamento e reabilitação, operando vários serviços e funcionando de forma articulada e
501 levando em consideração o produto contratado. Explicou que, para definição dos programas, foram
502 indicadas as linhas de cuidado prioritárias do Programa de Qualificação da Atenção à Saúde: saúde
503 materno-infantil, saúde bucal, cuidado aos pacientes portadores de transtornos cardiovasculares e
504 cuidado aos pacientes portadores de neoplasias. Entretanto, lembrou, que as operadoras poderiam
505 utilizar outras linhas de cuidado na definição dos programas. Em prosseguimento, informou que a
506 metodologia de análise dos Programas possuía três fases. A primeira consistia na verificação dos
507 critérios definidos pela RN nº 94 para apresentação dos programas, sendo envio completo das
508 informações do SIP, SIB e DIOPS; e adimplência com o pagamento da TSS. Na segunda, era feita a
509 avaliação da qualidade das propostas apresentadas, considerando os critérios definidos pela IN nº 10

510 da DIPRO: um programa em pelo menos duas linhas cuidado; perfil de morbimortalidade da
511 população beneficiária; abrangência do programa; cobertura do programa; atividades desenvolvidas;
512 e avaliação e resultados. Nesse ponto, acrescentou que, por se tratar de um processo pedagógico de
513 indução, "a priori", a Agência não reprovava o programa, mas sim, solicitava às empresas as
514 retificações ou acréscimos necessários. Após essas duas etapas, os programas aprovados eram
515 encaminhados a DIOPE para início do diferimento das provisões técnicas. Feitas essas considerações
516 iniciais, passou a apresentação do panorama da atual situação das operadoras no que diz respeito aos
517 programas. Ressaltou que, até aquele momento, 205 operadoras encaminharam programas de
518 promoção e prevenção, totalizando 586, podendo o número aumentar, após a checagem dos que
519 estavam sendo enviados. Explicou que, dos 586 programas, 98 na linha de cuidado materno-infantil;
520 135 de outras modalidades. Do ponto de vista da modalidade, destacou que 52% dos programas
521 referiam-se a linha de transtornos cardiovasculares; 60% de neoplasias; 25% de saúde bucal; 67%
522 de outras a medicina de grupo; e 34% a cooperativas médicas e ao restante das demais
523 modalidades. Com relação às linhas de cuidado, 36% relacionava-se a transtornos cardiovasculares,
524 25% relativo a materno infantil, 16% concernente a neoplasias, 6% saúde bucal e 17% de outras
525 linhas (apoio a fumante, obesidade, sinusite, renite, terceira idade). Destacou que a Diretoria realizou
526 reuniões com as operadoras para orientá-las sobre essa proposta e orientá-las sobre a RN nº 94, além
527 de oficinas do Programa de Qualificação com prestadores e operadoras que tratou sobre o tema.
528 Falou sobre as dificuldades enfrentadas nesse processo, como: elaboração do perfil epidemiológico da
529 carteira; inconsistência na avaliação do impacto alcançado pelos programas; desenvolvimento de
530 programas com baixa utilização de indicadores de saúde já consagrados; palestras como atividade
531 principal na maioria dos programas avaliados até o momento; adoção, por parte da maioria das
532 operadoras, da estratégia de "marketing" como ações de promoção e prevenção; e preenchimento do
533 formulário em desacordo com os critérios estabelecidos. Também citou os pontos positivos, dentre os
534 quais, o fato de as operadoras terem constatado a ausência de dados necessários para traçar o perfil
535 epidemiológico das suas populações beneficiárias e terem verificado a necessidade de repensar os
536 seus sistemas de informações, trabalhando a informação da saúde como ferramenta para a
537 intervenção no processo de saúde e doença. Além disso, ressaltou que a iniciativa contribuiu para que
538 as operadoras se empenhassem em regularizar o envio das informações dos bancos de dados e o
539 pagamento da Taxa de Saúde Suplementar e para que começassem a refletir sobre o modelo
540 assistencial praticado e a necessidade de mudá-lo. Concluída a apresentação, Dr. **Fausto dos Santos**
541 abriu as inscrições para intervenções do plenário. Dr. **Pedro Pablo Chacel**, do CFM, cumprimentou a
542 Agência pela iniciativa, em especial, o fato de induzir as operadoras a conhecerem o perfil
543 epidemiológico da população assistida, o que, na sua visão, era essencial para a efetividade do

544 sistema de saúde complementar. Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, do CONASEMS, também
545 registrou a importância da proposta, haja vista a necessidade de conhecer a situação do setor de
546 saúde complementar, para intervenções exitosas. Também chamou a atenção para a importância dos
547 programas no sentido de garantir a integralidade da assistência, bem como para a sustentabilidade
548 financeira do sistema de saúde privado e público do país. Também sugeriu à Agência para que fosse
549 feita uma apresentação sobre os resultados dos seminários, que tinham por objetivo a troca de
550 experiências, entre os vários segmentos, na área de promoção à saúde e prevenção de doenças, por
551 entender que isso contribuiria para a melhoria da qualidade do setor. Dr. **José Antônio Diniz**, da
552 UNIDAS, registrou a necessidade de serem valorizados os programas horizontais voltados, por
553 exemplo, à população acima de 60 anos ou mesmo relativo à saúde do trabalhador. Dra. **Renê**
554 **Patriota**, da ADUSEPS, chamou a atenção para a necessidade de se observar as exclusões referentes
555 à hipertensão arterial nos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Registrada essa
556 consideração, foi concluído o debate sobre esse ponto. **ITEM 4 – CONTRATUALIZAÇÃO DOS**
557 **PRESTADORES – POSIÇÃO DAS ENTIDADES MÉDICAS E DAS OPERADORAS** – Dr. **Fausto**
558 **dos Santos** explicou que a idéia era fazer um balanço da situação da contratualização dos
559 prestadores, a partir das considerações dos integrantes da CSS. De início, informou que a Agência
560 estava realizando trabalho de prospecção acerca desse processo em 56 empresas de diversos portes e
561 segmentos. Até aquele momento, mais da metade dessas empresas foram visitadas e a ANS vinha
562 acompanhando a situação de perto, mas sem derivar em ação de autuação. Feitas essas
563 considerações, fez a leitura dos seguintes nomes inscritos para avaliar a situação da contratualização
564 e orientar os próximos passos da Agência: Dr. **Márcio Coriolano**, pela FENASEG; Dr. **Marília**
565 **Barbosa**, pela UNIDAS; e Dr. **José Cláudio Oliveira**, pela UNIMED; Dr. **Arlindo de Almeida**, pela
566 SINAMGE; Dr. **Carlos Roberto Squilacci**, pelo SINOG; Dr. **Eduardo de Oliveira**, pela FBH; **José**
567 **Mário Matheus**, pelo CFO; e Dr. **Samir Bittar**, pela AMB. Iniciando, Dr. **Márcio Serôa**
568 **Coriolano**, da FENASEG, avaliou que houve avanço no processo de contratualização dos hospitais,
569 clínicas e laboratórios e informou que os acordos operacionais das seguradoras com as instituições,
570 que compõem a rede referenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares já contemplavam a
571 maioria das exigências da Resolução que trata desse assunto, e tinham sido apenas ajustados para
572 atender integralmente à norma. Disse que muitos hospitais não enviaram o acordo operacional
573 ajustado e outros questionaram a cláusula de reajuste, de livre negociação entre as partes, pleiteando
574 índice fixo de correção. Explicou que as seguradoras mantêm a posição de cláusula de livre
575 negociação entre as partes, pois não é possível estabelecer índice pré-fixado, principalmente por não
576 haver um índice para reajuste de mensalidades do seguro individual que corresponda à efetiva
577 evolução dos custos médico-hospitalares. Contudo, destacou que o processo estava avançando,

578 inclusive com um número considerável de resposta dos prestadores de serviços laboratoriais. No que
579 diz respeito aos médicos, informou que no mês de maio de 2005, a FENASEG foi convidada pela AMB
580 a discutir o termo de referenciamento, a fim de se chegar a um consenso. Atendendo a esse convite,
581 salientou que foram realizadas reuniões e, na primeira delas, verificou-se que, diferentemente da
582 UNIDAS, não seria possível estabelecer termo de referenciamento único para todas as seguradoras,
583 em virtude das particularidades e peculiaridades de cada uma. Assim, cada seguradora teria liberdade
584 para definir a forma mais apropriada às questões operacionais e mesmo às estratégicas. Destacou
585 que houvera avanço significativo na discussão do termo de referenciamento e as operadoras Sul
586 América e Bradesco estavam finalizando a definição dos termos com a AMB, após o que as demais
587 seguradoras também se integrariam ao processo, não inviabilizando a posição de uma referência para
588 cada uma das seguradoras a que os médicos possam aderir ou não. Finalizando, agradeceu a ANS por
589 ter ampliado o prazo para a conclusão das negociações acerca dos contratos. Dra. **Marília Ehl**
590 **Barbosa**, da UNIDAS, sobre a situação dos hospitais e clínicas, destacou que o índice automático de
591 reajuste era o principal obstáculo para a assinatura dos contratos. Explicou também que das mais de
592 24 cláusulas na contratualização dos médicos somente dois pontos não foram consenso: cobertura de
593 todos os procedimentos constantes da CBHPM e índice automático de reajuste. Em relação à norma
594 existente, esclareceu que a ANS exigia periodicidade e forma do reajuste, podendo esta última ser por
595 índice ou por livre negociação entre as partes, sendo esta a orientação repassada às empresas
596 filiadas. Destacou que esse ponto estava impedindo a devolução pelos hospitais, dos contratos
597 devidamente assinados, mas a UNIDAS estava à disposição para conversar com os representantes dos
598 hospitais, clínicas, laboratórios e com segmentos de odontologia, assim como fez com os médicos na
599 tentativa de elaborar um documento de orientação às empresas. Entretanto, alertou que o documento
600 não resolveria o problema do processo de contratualização, que era a reivindicação de um índice
601 automático de reajuste, até porque as autogestões também não possuem mecanismo automático de
602 reajuste de suas receitas. Aproveitou para informar que a ANS enviou ofício à UNIDAS, esclarecendo
603 que o documento de orientação, após os acertos específicos solicitados pela própria Agência, estava
604 de acordo com a norma regulamentar. Destacou que em relação aos contratos com os hospitais,
605 enviados para cumprimento da RN nº 42, houve mais de 60% de retorno assinado. Em relação a RN
606 nº 154, que dispõe sobre a contratualização de clínicas e laboratórios, mais de 50% e sobre a RN nº
607 71, que trata dos médicos, houve mais de 30% de retorno. Afirmou ainda que o documento
608 orientador elaborado junto com a AMB representou um avanço, apesar dos problemas específicos em
609 alguns estados. Finalizando, disse que a UNIDAS estava à disposição para discutir a questão com
610 representantes dos hospitais, clínicas, laboratórios, e com a área odontológica para elaborarem um
611 documento semelhante ao que foi feito com relação aos médicos. Entretanto, alertou que o

612 documento não resolveria o principal problema do processo de contratualização que era o índice
613 automático de reajustes. Dr. **Celso Corrêa de Barros**, da UNIMED, explicou que trataria sobre a
614 situação dos médicos e, em seguida, o Dr. **José Cláudio**, trataria da questão dos hospitais. De início,
615 destacou que na UNIMED, pela lei do cooperativismo, o médico era o dono, logo, associava-se e
616 recebia o rateio de sobra, assim, não tinha problema em relação à contratualização. Também
617 informou que, no intercâmbio entre as UNIMEDs, estava prevista para dezembro de 2005 a conclusão
618 do processo de implantação da CBHPM e, até aquele momento, 20% das UNIMEDs singulares já havia
619 implantado a CBHPM. Feitas essas considerações, passou a palavra ao Dr. **José Cláudio Ribeiro**
620 **Oliveira**, também da UNIMED, que, de início, parabenizou o Dr. **Everardo Braga** pela realização das
621 câmaras técnicas de contratualização, que reuniu todos os segmentos do setor de saúde suplementar.
622 Destacou que a Agência cumpriu a sua atribuição de estabelecer somente as características gerais dos
623 instrumentos contratuais, devendo as entidades definirem a contratação. Em relação aos hospitais,
624 explicou que houvera dificuldades de acordo nas cláusulas, principalmente, naquelas relativas ao
625 reajuste. Contudo, disse que no âmbito do sistema UNIMED foi possível avançar bastante no que diz
626 respeito à formalização dos contratos com hospitais. Explicou que alguns contratos da Unimed eram
627 tácitos, não existindo contrato formal e muitos foram receptivos a essa situação por força, inclusive,
628 da resolução. Sobre a questão médica, destacou que as obrigações da Resolução nº 71, embora não
629 estivessem contidas no contrato, estavam no Estatuto e/ou Regimento Interno da Cooperativa,
630 porque essa era a característica do segmento dentro do sistema cooperativo. Dr. **Arlindo de**
631 **Almeida**, do SINAMGE, reiterou que o processo de contratualização com os hospitais estava
632 avançando, com dois terços dos contratos já assinados. No que diz respeito aos médicos, explicou
633 que, nas grandes cidades, onde a operadora tinha contato direto com seus médicos, a
634 contratualização era feita sem dificuldades, mas, nas regiões menores, enfrentava-se problema,
635 principalmente, por conta das negociações em bloco, que não eram aceitas. Disse acreditar que a
636 contratualização com a área médica girava em torno de 30%. Além disso, aproveitou a oportunidade
637 para relatar a queixa de empresa do Paraná que solicitou a renovação do registro no Conselho
638 Regional de Medicina e não obteve. Explicou que o Conselho encaminhou ofício, solicitando, para
639 renovação do registro, o envio de carta de intenção, assinada pelo responsável técnico da empresa,
640 notificando a data de intenção da implementação das resoluções nºs 1673/04 e 129/04, do Conselho
641 Federal de Medicina. Na sua visão, essa foi uma atuação ilegal do conselho, por ser tratar de um
642 documento que nem poderia ser negado por esse motivo. Assim, seria necessário recorrer a justiça se
643 o Conselho Regional de Medicina do Paraná não voltasse atrás no que diz respeito a essa imposição.
644 Dr. **Eduardo de Oliveira**, da FBH, também parabenizou a Agência pela câmara técnica que discutiu
645 a questão da contratualização, dado os seus resultados positivos. Destacou que a maioria dos

646 hospitais de grande porte já havia firmado contrato e os de médio e pequeno porte estavam
647 enfrentando dificuldade em relação ao índice de reajuste. Desse modo, disse que, dentro de pouco
648 tempo, com a atuação da ANS, certamente toda a categoria hospitalar estaria dentro da
649 contratualização. Ressaltou também que o maior gasto do setor hospitalar referia-se à mão-de-obra
650 e, anualmente, por força de lei, deveria o setor conceder reajuste aos seus empregados. Desse modo,
651 ressaltou que não viável ao hospital assinar contrato de prestação de serviço com duração superior a
652 um ano, sem prever o reajuste. Dr. **Carlos Roberto Squilacci**, do SINOG, explicou que o SINOG,
653 entidade sindical de base nacional e representação em todos os Estados, recomendava às suas
654 associadas o estabelecimento de contratos precisos, atendendo às normas de contratualização.
655 Também destacou que a entidade vinha realizando reuniões com as operadoras e entidades
656 representantes da classe odontológica, visando maior entendimento sobre o assunto. Por conta disso,
657 destacou a apresentação de uma série de reivindicações e de pauta de trabalho para que a
658 regulamentação, no âmbito da odontologia, ocorresse da maneira mais tranqüila possível.
659 Continuando, salientou que o SINOG apresentou fórmula clara para o cálculo do reajuste de honorário
660 e participação de resultados, sendo a sinistralidade do ano anterior, menos a sinistralidade do ano em
661 questão para obter o percentual de reajuste. Explicou que, utilizando essa fórmula, que foi “aprovada”
662 pela ANS, fora oferecido reajuste emergencial para os dentistas nas tabelas de honorários. A
663 propósito, aproveitou o ensejo para reivindicar que a odontologia fosse vista com maior atenção,
664 atendendo à reivindicação no que diz respeito ao reajuste dos planos odontológicos. Por fim, destacou
665 que praticamente não existiam problemas regionais no segmento das odontológicas, já que estavam
666 sendo definidos acordos nacionais que valiam para todo o país. Dr. **José Mário Morais Mateus**, do
667 CFO, lembrou que participara da Câmara Técnica de Contratualização, coordenada pelo Dr. **Everardo**
668 **Braga**, e manifestara apoio ao mérito da RN nº 71, com a ressalva de que deveria ser cumprida na
669 íntegra. Considerando que o CFO não teve acesso aos contratos das empresas odontológicas, solicitou
670 a ANS que verificasse os contratos odontológicos existentes dentre os 56 que estava acompanhando e
671 os disponibilizasse para conhecimento. Explicou que, após ouvir a posição das federações e
672 associações, agendaria reunião com a UNIDAS para discutir a contratualização. Além disso, reafirmou
673 a posição contrária do CFO ao cartão de desconto, por entender que era lesivo para o prestador, para
674 a operadora e para o usuário. Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, destacou que a Resolução nº 71
675 configurou-se em marco importante para o processo de contratualização, contudo, ponderou se seria
676 possível alcançar os resultados esperados. Destacou que o prazo definido na Resolução no que se
677 refere à relação das operadoras com os médicos já havia sido prorrogado mais de uma vez, visando
678 obter os melhores resultados possíveis. Salientou que a Contratualização fora defendida na Câmara
679 pelos seus integrantes, dada a necessidade de definir os compromissos dos médicos ou donos de

680 hospitais e, na contrapartida, ser oferecido reajuste na mesma proporção - minimamente previsto e
681 automático – o que não vinha acontecendo. Ressaltou que os contratos eram praticados de forma
682 unilateral, com imposição de texto, na maioria das vezes. Embora houvesse a configuração desses
683 aspectos negativos, disse que fora possível avançar. Salientou que o primeiro passo foi o trabalho
684 com a Rede UNIDAS que resultou em modelo de contrato norteador de todos os outros no país e
685 aceito pela ANS. Disse também que estava em fase de finalização o trabalho com o Bradesco e Sul
686 América e, em breve, haveria a minuta de um contrato nos moldes daquele feito com a UNIDAS.
687 Prosseguindo, pontuou preocupações com relação a esse processo, destacando, em especial, a
688 questão das negociações em bloco. Registrou que as operadoras, em virtude do grande número de
689 profissionais médicos com que trabalhavam, não poderiam discutir os contratos individualmente.
690 Todavia, disse que não preconizava a negociação em bloco, mas sim, um modelo que pudesse ser
691 adequado a cada realidade, apesar de entender que a negativa desse processo poderia configurar-se
692 na defesa do contrato unilateral. Também chamou a atenção para os avanços alcançados no que diz
693 respeito à definição dos direitos e das penalidades nos contratos. Disse que os grandes grupos tinham
694 que nortear as suas empresas na definição do processo de contratualização. Registrou, ainda, que a
695 perpetuação da prática anterior anulava o grande esforço, e cabia à Agência aplicar todas as
696 prerrogativas no caso de não cumprimento, até como forma de premiar aqueles que se dispuseram a
697 negociar, mudar cláusulas, ajustando-se às novas normas. Por fim, salientou a necessidade de
698 previsão orçamentária dentro das empresas para que possibilitasse a concessão de reajuste. Dr.
699 **Fausto dos Santos** retomou a palavra, destacando que ainda havia três pessoas inscritas para
700 manifestar-se sobre o assunto. Todavia, solicitou a anuência do Plenário para tratar sobre a minuta de
701 Regimento Interno da CSS, ainda na presença da Dra. **Maria Stella**, que teria que se retirar por
702 conta de outros compromissos. Informou que a minuta de Resolução Normativa, alterando o
703 Regimento da ANS, fora distribuída aos representantes da Câmara e teria impacto na representação
704 dos usuários, especificamente, nos órgãos de defesa do consumidor. Disse que se tratava de uma
705 minuta e que, nas próximas três semanas, poderiam ser encaminhadas sugestões ao texto. Em
706 seguida, passou a palavra a Dra. **Maria Stella** para que apresentasse a exposição de motivos da
707 minuta, que resultou do trabalho do Projeto “Parceiros da Cidadania”. Dra. **Maria Stella Gregori**,
708 Diretora da ANS, de início, disse ser do seu conhecimento que os representantes das entidades de
709 defesa do consumidor não estavam de acordo com a proposta e entendia a necessidade de discuti-la
710 na CSS. Explicou que, a partir das oficinas estaduais, realizadas pelo Projeto “Parceiros da Cidadania”,
711 ficou latente a reivindicação dos órgãos de defesa do consumidor de outros estados em participar de
712 debate com a Agência Nacional de Saúde, uma vez que a representação desse segmento era feita, na
713 maioria das vezes, pelo Estado de São Paulo. Destacou que, apesar das posições contrárias, a

714 proposta era democrática, já que abria a possibilidade de outros órgãos de defesa do consumidor,
715 tanto públicos quanto civis, terem assento na Câmara de Saúde Suplementar. Citou, por exemplo, que
716 o Procon de São Paulo há oito anos tinha assento na CSS. Feita essa consideração, Dr. **Fausto dos**
717 **Santos** retomou as inscrições para o tema contratualização. Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS,
718 primeiramente comentou sobre a minuta de Resolução, destacando que a idéia de garantir maior
719 diversidade na composição da Câmara era interessante, apesar de as mudanças propostas
720 repercutirem somente nas entidades de defesa do consumidor. Além disso, destacou que a proposta
721 não estava de acordo com a Resolução nº 9.961, que definia que os representantes das entidades de
722 defesa do consumidor, das associações de consumidores de plano privado de assistência à saúde e de
723 portadores de deficiência deveriam ser eleitas em fóruns específicos. Ressaltou, ainda, que, no caso
724 das associações de consumidores de plano privado de assistência à saúde, ao contrário do que
725 determinava a referida Resolução somente uma entidade tinha assento na CSS, devendo haver duas.
726 A propósito da contratualização, salientou que era preciso ser mais discutida, já que os médicos que
727 não tinham acesso às operadoras eram impedidos de exercer a medicina, mesmo com a
728 contratualização, porque não chegavam a ser credenciados e ficavam fora do mercado de trabalho.
729 Desse modo, sugeriu que a ANS e as operadoras pensassem em um mecanismo que garantisse aos
730 usuários buscar os médicos de preferência, e que esses profissionais fossem remunerados conforme
731 eram os médicos credenciados. Na sua visão, essa iniciativa aumentaria o leque de opções para os
732 usuários e garantiria aos médicos a possibilidade de exercer a sua profissão. Alertou, ainda, que os
733 médicos estavam transformando-se em pessoa jurídica e muito em breve, assim como as operadoras
734 e os hospitais, passariam a responder por negligência, imperícia ou imprudência, independente de
735 serem culpados. Também sugeriu às entidades médicas que tivessem maior atenção com os
736 protocolos clínicos, por entender que contribuía, inclusive, para o controle da qualidade do exercício
737 profissional. Falou, por exemplo, dos casos de pacientes com suspeita de apendicite que eram
738 indicados para fazer tomografia computadorizada, o que trazia custos para o consumidor e salientou a
739 necessidade desse problema ser mais discutido pelos usuários e médicos. Além disso, salientou a
740 necessidade de a contratualização levar em conta o controle de qualidade, o que, na sua visão,
741 deveria ser feito pelos próprios médicos. Após consultar o plenário, Dr. **Fausto dos Santos**
742 interrompeu a ordem das inscrições para que a Dra. **Vera Lúcia de Vita**, da AFB, apresentasse breve
743 informe sobre a cartilha a ser distribuída aos integrantes da CSS. Dra. **Vera Lúcia de Vita**, da AFB,
744 informou que seria distribuída aos integrantes da Câmara a cartilha dos "Direitos do Paciente", que
745 nasceu do desejo de um grupo de representantes de diferentes patologias, freqüentemente atendidos
746 pela saúde pública, particular ou filantrópica. Explicou que a cartilha havia sido publicada pela
747 primeira vez em novembro de 1995 e os seus conceitos e textos foram utilizados como base para a

748 elaboração da Lei de Direitos dos Usuários da Saúde, do Estado de São Paulo, nº 10.241, aprovada
749 pela Assembléia Legislativa do Estado e promulgada pelo Governador Mário Covas, em 17 de março
750 de 1999. Chamou a atenção para a dificuldade de conseguir orçamento para nova publicação das
751 cartilhas e, a propósito, solicitou o apoio da ANS. Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira**, da
752 CUT, destacou os avanços alcançados no processo de contratualização com os representantes de
753 segmentos e com as operadoras e salientou a necessidade de se avançar nos demais segmentos.
754 Falou, inclusive, da dificuldade de estabelecer contratos referenciados para os médicos e, a propósito,
755 disse que a negociação desses contratos somente era possível por meio das suas entidades de
756 representação: Conselho Federal de Medicina; e Federação Nacional dos Médicos. Citou, por exemplo,
757 que os médicos conseguiram discutir com as operadoras de planos de saúde somente após o
758 movimento da CBHPM. Além disso, destacou que as cláusulas dos contratos, que proibiam o
759 movimento coletivo, estavam sendo derrubadas justamente por contra do processo coletivo. Afirmou
760 que os médicos não deixariam de lutar para que o processo coletivo ocorresse, caso não fosse
761 possível estabelecer parâmetros legais ou mesmo tácitos, por entenderem que contribuiria para a
762 valorização do profissional e oferecia condições para atendimento com qualidade à população usuária.
763 Além disso, destacou que era preciso refletir sobre o fato de a adoção da CBHPM incorporar novos
764 processos tecnológicos e possibilitar a remuneração de forma diferenciada. Finalizando, salientou a
765 necessidade de continuar o processo de negociação, visando o estabelecimento de contratos coletivos
766 entre operadora de planos de saúde e prestadores de serviço, de forma a garantir a qualidade da
767 atenção à saúde no país. Dr. **Helvécio Miranda Júnior**, do CONASEMS, explicou que a exigência do
768 número do cadastro de estabelecimento de saúde do Knes para todos os consultórios credenciados
769 trazia grave problema para os gestores, já que os estados e municípios possuíam junto a ANVISA e ao
770 Ministério da Saúde termo de ajustamento de metas, com hierarquização de riscos, porque não tinha
771 sentido fazer vigilância e fiscalização sanitária para efeito do alvará de todos os estabelecimentos.
772 Exemplificou com o caso de Belo Horizonte, que, apesar do pacto com a ANVISA de fiscalizar, em um
773 ano, 20% dos consultórios odontológicos, era necessário ir a todos os hospitais, o que se configurava
774 um problema. Considerou importante a questão dos hospitais não contratualizados com o Sistema
775 Único de Saúde e a exigência da ANS de cadastro, todavia, com relação aos consultórios, disse haver
776 problemas sérios a serem enfrentados e os prazos encerravam-se em novembro. Dessa forma,
777 lembrou que era preciso prorrogar esse prazo e, propósito, solicitou que o Ministério da Saúde se
778 manifestasse nesse sentido. Dr. **José Carlos de Moraes**, do MS, explicou que o sistema do cadastro
779 nacional de estabelecimento fora alterado, permitindo reconhecer como estabelecimento o consultório
780 isolado, contudo, o critério e a forma não eram o auto credenciamento e a autorização do cadastro
781 efetivo era dada pelo gestor local - Secretaria Municipal ou Secretaria Estadual de Saúde. Esclareceu

782 que o Ministério da Saúde estava trabalhando com duas possibilidades de aplicativos capazes de gerar
783 cadastro simplificado, criando o número, em que pese, não alterar os encaminhamentos de pacto
784 feito com a fiscalização e vigilância sanitária, já que a exigência da vistoria da vigilância sanitária era
785 pressuposto para o cadastro. Disse que a equipe do DATASUS estava trabalhando junto com a ANS
786 para definir outro mecanismo para o cadastro. De qualquer forma, disse que não poderia avaliar se
787 seria possível concluir o cadastramento no tempo disponível, dado o número significativo de
788 consultórios médicos ou odontológicos a serem cadastrados. Registrou que, até momento, foram
789 cadastrados 90 mil estabelecimentos e um milhão de profissionais de saúde. Dr. **Fausto dos Santos**
790 informou que o cadastramento poderia ser feito sem o número do CNES até 31 de dezembro de 2006,
791 apesar de reconhecer que isso não resolveria o problema. Dr. **José Francisco Schiavon**, da CNS,
792 lembrou que foi o primeiro a defender a proposta de contratualização na Câmara Suplementar de
793 Saúde, tendo o apoio imediato do Dr. **Samir Bittar**, da AMB. Disse que, naquela oportunidade, a
794 intenção era avançar no relacionamento entre prestadores e operadoras e a ANS apoiou a causa e
795 editou as resoluções e há mais de um ano iniciaram-se as assinaturas de contrato. Destacou que
796 muitos contratos apresentados por operadoras tinham cláusulas abusivas e, a propósito, citou a
797 cláusula do sigilo que obrigava o prestador a não divulgar informações sobre o contrato assinado.
798 Parabenizou a Agência pelo avanço na contratualização, contudo, disse que a Agência deveria
799 apresentar a CSS maiores dados sobre a evolução desse processo. Destacou o fato de a Agência ter
800 visitado apenas 56 empresas para verificar como estava ocorrendo a contratualização, o que na sua
801 visão era um número pequeno para o contingente de mais de 1.500 empresas e operadoras
802 existentes no Brasil. Também ressaltou a necessidade de incluir cláusulas que possibilitassem
803 reajustes após passar um ano de vigência do contrato. Explicou que estava recebendo aditivos de
804 contratos celebrados há um ano onde uma das cláusulas era exatamente a manutenção do mesmo
805 valor praticado no início do contrato, sem possibilidade de negociação. Além disso, ressaltou a
806 necessidade de abrir espaço para negociação de cláusulas de valores na revisão dos contratos.
807 Informou que o cadastro tinha capacidade para absorver informações sobre equipamentos ou
808 consultórios isolados, contudo, o gestor ficava imprimido pela capacidade de receber um conjunto de
809 cadastro e autorizar. Esclareceu que o sistema fora alterado para gerar bancos de dados e outras
810 medidas e seriam implementadas, a exemplo da informação do CEP como obrigatória. Salientou que o
811 Datasus já havia dimensionado servidor nacional para receber o volume de demanda e teria que
812 redimensionar o fluxo ágil das duas alternativas para o cadastro que estavam sendo trabalhadas.
813 Disse que no prazo de quinze dias seria definido qual o mecanismo mais viável de cadastro ágil. Dr.
814 **José Mário Moraes**, da CFO, falou sobre o cadastro nacional de estabelecimento de saúde,
815 destacando que vinha recebendo várias reclamações dos Conselhos Regionais e Distritais de

816 Odontologia. Assim, solicitou ao Ministério da Saúde que definisse mecanismos para facilitar o
817 preenchimento do cadastro por pessoa física e jurídica. Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da
818 UNIODONTO, explicou que não havia dificuldades com relação aos contratos pela UNIODONTO,
819 porque a relação era associativa e fora realizado trabalho de conscientização das cooperativas sobre a
820 necessidade de rever o estatuto, o regimento interno e quaisquer outras normas dos órgãos. Também
821 destacou que estava encontrando dificuldade no aplicativo RPS porque a crítica ao preenchimento do
822 campo de contratação da rede de prestadores impede o preenchimento com data anterior à
823 publicação das respectivas normas. Salientou que a Agência não previu a possibilidade de um contrato
824 assinado há dez anos contemplar a norma, o que parecia juridicamente possível. Solicitou que no
825 processo de revisão dos registros finais fosse avaliada a possibilidade de vinculação dos cadastros,
826 dado o problema de informação de rede na Agência. Na seqüência, fez uso da palavra a Dra. **Maria**
827 **Inês Dolci**, da PRO TESTE, que fez considerações acerca da minuta de Resolução que dispõe sobre a
828 composição da CSS. A princípio, registrou que não teve conhecimento do debate do texto da minuta,
829 logo, a sua apresentação naquele momento causara-lhe grande surpresa. Registrou que a minuta ia
830 de encontro à Lei nº 9.961 ao propor alternância das representações, já que a referida lei
831 determinava que as entidades deveriam escolher entre si os representantes para participar da
832 Câmara. Disse que fora criado um Fórum de Procons com intuito de articular os Procons do Brasil,
833 assim, os interessados em participar dos espaços de discussões da ANS teriam que apresentar o seu
834 pleito ao Fórum e partir daí seria escolhia a pessoa que representaria o órgão. Além disso, destacou
835 que a PRO TESTE lutou para participar da CSS e teve que passar pela validação de outras entidades.
836 Nessa linha, disse que a proposta apresentada não tinha sentido. Dr. **Sérgio Augusto Werneck**, do
837 PROCON/SP, destacou que a substituição de qualquer membro da Câmara deveria ser feita quando o
838 Sistema Nacional de Defesa do Consumidor considerasse necessária. Disse que a ANS, caso
839 considerasse importante a rotatividade dos representantes da Câmara, deveria ponderar se isso
840 deveria acontecer tão somente no segmento que representa o consumidor. Ressaltou, ainda, que era
841 preciso deixar claro que ninguém estava pensando em perpetua-se na Câmara de Saúde Suplementar,
842 mas sim, representar os consumidores não somente do Estado de São Paulo, mas de todo o país. Dr.
843 **Fausto dos Santos**, primeiramente, destacou que a Agência não tinha a intenção de substituir
844 ninguém e a proposta apresentada visava atender a uma série de reivindicação apresentada em
845 reuniões que aconteceram no país. Disse que a minuta de Resolução deveria ser vista como
846 instrumento incentivador do debate sobre a representação e, nesse sentido, a Agência estava aberta
847 a receber contribuições que possibilitassem o aperfeiçoamento do processo de representação.
848 Explicou que a Agência não possuía juízo de valor ou proposta de alteração dos representantes da
849 Câmara, já que essa questão fora discutida pela Diretoria Colegiada. Acrescentou ainda, que o tema

850 não seria objeto de debate na Diretoria sem antes ouvir a opinião dos integrantes da Câmara. Sobre a
851 minuta de Resolução, Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical, propôs que fosse ponto
852 de pauta da próxima reunião, a fim de que os integrantes tomassem conhecimento do seu conteúdo,
853 bem como discutissem o mérito com as suas respectivas representações. Dr. **Fausto dos Santos**
854 acatou o encaminhamento proposto. **Assim, a minuta de Resolução Normativa será pautada**
855 **para debate na próxima reunião da CSS.** Ainda sobre a Resolução Normativa, Dr. **José**
856 **Erivalder Guimarães**, da CUT, destacou que as pessoas, para participar de um fórum como a CSS
857 teriam que ter qualificação e representatividade. A propósito, afirmou que os atuais representantes
858 dos órgãos de defesa do consumidor cumpriam, com mérito, a tarefa de representar os consumidores.
859 Dr. **Fausto dos Santos** reiterou que os consumidores estavam muito bem representados na Câmara
860 e, nessa linha, reafirmou que a Agência não tinha juízo de valor sobre nenhuma das representações
861 da CSS. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Dr. **Fausto dos Santos** agradeceu a
862 presença de todos e encerrou a sessão.

863 Agência Nacional de Saúde Suplementar

864 Ministério da Saúde

865 Ministério da Fazenda

866 Ministério da Justiça

867 Ministério da Previdência e Assistência Social

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

869 Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - PRO TESTE

870 Associação Médica Brasileira – AMB

- 871 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB
- 872 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 873 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 874 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN
- 875 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 876 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
- 877 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 878 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 879 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 880 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG
- 881 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA
- 882 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 883 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 884 Fundação PROCON - São Paulo