Às dez horas do dia vinte de março do ano de dois mil e três, no Naoum Plaza Hotel, situado no Setor Hoteleiro Sul, Quadra 05, Bloco "H", na cidade de Brasília-DF, foi realizada a trigésima primeira reunião da Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, órgão integrante da ANS, de caráter permanente e consultivo, nos termos do parágrafo único do Artigo 5º e Artigo 13, da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da M.P. nº 2.177-versão 44. Estiveram presentes os Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Dr. **Januario Montone** - Diretor-Presidente, Dr. **João Luis Barroca de Andrea**- Diretorer de Normas e Habilitação de Produtos, Dra. **Solange Beatriz Palheiro Mendes**- Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras e Dr. **Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**- Diretor de Desenvolvimento Setorial. Compareceram os seguintes representantes: Dr. **Aloísio Barboza de Araújo** do Ministério da Fazenda-M.F.; Dr. **Ricardo Morishita Wada** do Ministério da Justiça-M.J.; Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel** do Conselho Federal de Medicina-CFM; Dr. **José Mário Morais Mateus** do Conselho Federal de Odontologia-CFO; Dra. **Maria Angélica Azevedo Rosin** do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN; Dr. **Samir Dahas Bittar** da Associação Médica Brasileira-AMB; Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo** da Federação Brasileira de Hospitais-FBH; Dr. **José Francisco Schiavon** da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços- CNS; Drs. **Onécio Silveira Prado Júnior** e **José Luiz Spigolon** da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas-CMB; Drs. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e **Adriano Matheis Londres** da Confederação Nacional do Comércio-CNC; Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira** da Central Única dos Trabalhadores-CUT; Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida** da Fundação Procon de São Paulo; Dra. **Josefa Renê dos Santos Patriota** da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde-ADUSEPS; Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira** do CIEFAS, pelo segmento de autogestão; Drs. **Arlindo de Almeida** e **Reinaldo Camargo Scheibe** do SINAMGE, pelas empresas de medicina de grupo; Dr. **Carlos Roberto Squillaci** do SINOG, pelas empresas de odontologia de grupo; Drs. **Celso Corrêa de Barros** e **José Claudio Ribeiro Oliveira** da UNIMED, pelas cooperativas de serviços médicos; Drs. **Luiz Francisco Gianini** e **Egberto Miranda Silva Neto** da UNIODONTO, pelas cooperativas de serviços odontológicos; Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli** das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais; e Drs. **Heráclito de Brito Gomes Júnior** e **Pedro Antonio Fazio** da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização-FENASEG. Participaram como convidados: Dr. **Cláudio Péret Dias** do Ministério da Justiça, Drs. **Danilo Valter Bernik** e **Miguel Jorge Rosa Neto** da CNS, Dra. **Silvia Meirelles Bellusci** da CNI, e Drs. **Manuelito Pereira Magalhães Junior**, **Silvandira Paiva Fernandes**, **Paulo Amary Freire Bruno**, **Ana Lúcia Martins Pereira Kurtz**, **Fátima Cristina Araújo**, **Everardo Braga**, **Mônica Nigre**, **Elena Lopes Camarinha** e **Dagmar de Oliveira** da ANS. Foi anunciada a formalização do Dr. Ricardo Morishita Wada como titular e Dr. Arthur Badin como suplente do Ministério da Justiça, Portaria nº 585/03. Os participantes receberam a minuta da ata da 30ª reunião, a pauta da 31ª, o material que havia sido enviado aos membros da Câmara durante o respectivo período e as Minutas das Resoluções Normativas objeto da pauta. A pauta estava composta por: 1. discussão da ata da 30ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar e respectiva deliberação, 2. apreciação da minuta de RN de Contratualização de Serviços Hospitalares, 3. apreciação da minuta de RN da Política de Reajustes de Preços- 2003/20042, e 4. apresentação da Pesquisa de Opinião Pública com Usuários de Planos de Saúde. **O DR. JANUARIO** iniciou a reunião saudando a presença de todos e submetendo à apreciação a minuta da ata da 30ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, a qual foi aprovada por unanimidade e sem restrições, sendo disponibilizada para as devidas assinaturas. Dando continuidade, apresentou o **Dr. Manuelito**, empossado no cargo de Ouvidor da ANS, unidade de sua estrutura destinada ao desenvolvimento de atribuições primordiais para o cumprimento do seu papel institucional. Na seqüência, solicitou ao segmento de

autogestão que indicasse novo representante suplente frente ao expediente do Dr. Sérgio Cândio avisando do seu desligamento da ABRASPE. Em seguida, cumprindo um triste dever de ofício, noticiou que acabava de receber da **Dra. Neide** a posição formalizada do Fórum Nacional de Entidades de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiências de se retirar da Câmara de Saúde Suplementar, documento que estava sendo distribuído a todos. Em torno disso, em nome da Diretoria Colegiada da Agência, lamentou profundamente a decisão do referido Fórum, cuja presença naquela Câmara, instância criticada pelo seu caráter consultivo, era muito importante e deixou a expectativa de que essa postura fosse reavaliada para que voltasse a ocupar as duas vagas que lhe eram asseguradas em Lei. Não obstante aquele problema, pediu à **Dra. Neide** que permanecesse na primeira parte da reunião, quando seriam transmitidas as orientações dadas pela nova equipe de dirigentes do Ministério da Saúde afetas à agenda da Câmara e da Agência, concedendo-lhe a palavra para tecer suas considerações. **A DRA. NEIDE**, infelizmente, tendo sido voto vendido naquela decisão do Fórum, revelou o seu descontentamento e discordância acreditando que o momento era inoportuno e que a Câmara de Saúde Suplementar, mesmo não sendo paritária e deliberativa como sempre reivindicou, proporcionava acompanhar de perto os acontecimentos e opinar sobre eles. Revelou ainda a sua insatisfação por seu segmento possuir duas vagas naquela Câmara e os representantes de uma delas nunca compareceram em suas reuniões sob o pretexto de não terem sido convidados, o que não deveria ser verdade, e, para completar, disse que permaneceria ali para ouvir as novidades atendendo ao pedido do **Dr. Januario**. **A DRA. RENÊ** observou que a ausência da Dra. Neide e das entidades que representava significavam uma grande perda, a qual não deveria ficar no campo da lamentação, mas servir para que se pensasse em transformar rapidamente aquela Câmara em deliberativa. **O DR. JANUARIO** falou à **Dra. Renê** que sua observação seria tratada no decorrer daquela reunião e iniciou os informes. Justificou que a 31ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar, prevista para fevereiro/03, foi adiada porque na mesma semana a Diretoria da Agência teria o seu primeiro encontro formal com o **Ministro da Saúde- Dr. Humberto Costa** e a nova equipe de dirigentes do M.S., exatamente para mostrar a evolução e os desafios estratégicos do setor e definir os rumos da sua regulamentação. Relatou que, para atingir o objetivo do Sr. Ministro de fazer um amplo debate de diagnóstico do setor, a Agência havia apresentado uma proposta inicial por ele aprovada, de realizar o que estava-se chamando "Fórum de Discussão", o qual em princípio aconteceria em Brasília e cujo roteiro preliminar detalhou a seguir. Seria coordenado: politicamente, pelo M.S. articulado com os integrantes do CONSU; no tocante às suas diretrizes de organização, pelas Secretarias de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa do M.S, em conjunto com a ANS; e em relação ao apoio técnico, logístico e de infra-estrutura, pela ANS através da Secretaria Geral do CONSU coordenada pela **Dra. Silvandira**. Nele seriam apreciados pontos diretamente ligados à mudanças no marco legal, dentre eles: objeto da regulação, mercado operador, controle de preços, aspectos assistenciais, órgão regulador, operação do sistema, ressarcimento ao SUS, mobilidade, adaptação dos contratos antigos-70% dos existentes, inadimplência, doenças e lesões preexistentes, além do caráter consultivo ou deliberativo e a formatação da Câmara de Saúde Suplementar. Como ele não seria uma plenária aberta, definiu-se que seria composto por cerca de 50 entidades, das quais 32 já eram as representadas na Câmara de Saúde Suplementar e as demais ligadas a consumidores individuais e coletivos, prestadores de serviços principalmente na área de laboratórios e comunidade científica, a exemplo da ABRASCO, UNICAMP, UFRJ, ISCB, IMS, ENSP da FIOCRUZ, instituições acadêmicas que vinham contribuindo com a regulamentação ao longo dos três anos da Agência. Seguiria as seguintes etapas: 1ª- de articulação e instalação do "Fórum", que já estava acontecendo; 2ª- de coleta das propostas dos participantes, elaboração e distribuição de textos de apoio; 3ª- de realização da 1ª reunião do "Fórum" com duração de mais de dois dias, onde as 50 entidades debateriam suas proposta; 4ª- de um período de consolidação e mapeamento dos debates, com parecer

técnico dos seus possíveis impactos; 5ª- de realização da 2ª reunião do "Fórum", na qual haveria uma tentativa de construir consensos com base no resultado da 1ª reunião; 6ª- de um outro período de consolidação dos trabalhos; e 7ª- de realização da reunião de encerramento do "Fórum" quando seriam apresentadas as propostas de revisão da Lei. Detalhou ainda que, como mais de 90% das sugestões feitas para a agenda de 2003 da Câmara de Saúde Suplementar eram voltadas à modificações da Lei, seriam remetidas ao "Fórum", o qual não paralisaria as ações da Agência nos aspectos regulatórios, operacionais e de fiscalização, nem daquela Câmara que manteria o calendário aprovado em dezembro com suas pautas acertadas a cada reunião e voltadas para uma agenda quase obrigatória da regulamentação, como o item de reajuste que anualmente era normatizado. Acusando ser imprescindível a participação naquele "Fórum" de todas as entidades da Câmara de Saúde Suplementar, face à experiência adquirida pelos seus componentes durante o processo de regulamentação, concluiu que aquele encaminhamento poderia atender algumas das preocupações sempre levantadas pelos vários segmentos do setor e passou a palavra às manifestações. **O DR. SCHIAVON** declarou-se satisfeito ao ver contemplado na pauta daquela reunião o tema da contratualização, uma bandeira sempre preconizada pela CNS, e, não tendo sua entidade remetido as suas sugestões de pauta, pronunciou que endossava na íntegra as que foram feitas pela CNC, ainda que isso fosse intempestivo. **O DR. ERIVALDER**, apesar da Câmara de Saúde Suplementar ser criticada, inclusive pela CUT, por não ser deliberativa, apontou que ela e o "Fórum de Discussão" proposto pelo **Ministro Humberto Costa** seriam espaços institucionais de aprofundamento e revisão da regulamentação do setor de saúde suplementar, sendo essencial que todas as entidades deles participassem, apelando, assim, à Entidade de Portadores de Patologias Especiais para que revisse sua posição. Advertiu que as entidades que, com certeza, buscavam o equilíbrio efetivo de cada uma das partes desse setor ocupassem positivamente aqueles espaços e não os utilizassem para dar vazão à pressões oriundas de circunstâncias específicas que não fossem fundamentais sob o aspecto democrático e que tivessem a finalidade de atingir patamares que a sociedade brasileira não desejava. **O DR. SAMIR**, em nome da AMB, cumprimentou a todos pela retomada das atividades, reiterando que gostaria que aquela Câmara fosse deliberativa e paritária para possibilitar um maior equilíbrio das suas decisões, e que se preocupava com a situação complicada vivida pela classe médica nacional, que não teve a sua remuneração tratada de maneira justa e mais valorizada. Ressalvou que a AMB defendia os interesses dos médicos e também aquilo que pudesse ajudar na sustentação do desenvolvimento continuado do setor de saúde suplementar, o qual era indispensável dentro do sistema de saúde do País, servindo de elemento redutor das demandas do SUS que, com suas grandes dificuldades, não atendia a população adequadamente. Portanto, considerou bem-vinda a idéia do "Fórum de Discussão", onde se poderia aprofundar a viabilidade do conjunto dos atores daquele mercado, na intenção de encontrar mecanismos que assegurassem a todos os seus segmentos uma sobrevivência digna dentro das responsabilidades de cada um. **O DR. RICARDO MORISHITA**, pelo Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor-DPDC do M.J., atentou para a extrema relevância da iniciativa do "Fórum de Discussão", porque ele seria um espaço público de debate sobre o setor de saúde suplementar, principalmente do seu marco legal, das suas pendências mais amplas e das diretrizes da política de Governo que o nortearíam. Levado pela preocupação quanto ao critério a ser adotado para a representação das entidades de defesa do consumidor, mencionou que tentaria incentivar a participação das mesmas, em especial dos PROCON's que eram ligados diretamente aquele Departamento. **A DRA. NEIDE** registrou que, por ser contrária à decisão do Fórum Nacional de Entidades de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiências pelos motivos que havia colocado e, principalmente, diante das novas perspectivas cogitadas para o setor, submeteria a ele a reapreciação da sua decisão e batalharia para que entidades dispostas a defender os usuários pudessem participar daquela Câmara enquanto organizações isoladas. **O DR. JANUARIO** agradeceu a **Dra.**

Neide, personalidade notadamente ativa e incansável desde o início da regulamentação, compactuando com o seu posicionamento e consignando que a Agência continuaria a manter um fluxo de informações com a entidade liderada por ela e estava aberta para se relacionar com toda e qualquer entidade do setor e da sociedade civil, visando aperfeiçoar a sua atuação. Comunicou que as propostas de agenda da Câmara para 2003 continuavam sendo recebidas pela Agência e passou a palavra ao **Dr. Barroca** para que expusesse a minuta da RN de contratualização das operadoras com os hospitais. **O DR. BARROCA** discorreu sobre a minuta da RN de contratualização entre as operadoras e prestadores-hospitais e o funcionamento da respectiva Câmara Técnica, disponibilizando o *e–mail* conentihosp@ans.gov.br para o envio de sugestões até o dia 17 de abril. O amparo legal da minuta encontrava-se na Lei 9961/01, que destinou à ANS, no artigo 3º, a finalidade de promover a defesa do interesse público no setor regulando as relações entre as operadoras e seus prestadores de serviços e, no inciso II do artigo 4º, a competência de estabelecer as características gerais dos contratos entre os mesmos. A Câmara Técnica de Contratualização foi instalada em 10/07/02, teve seis reuniões até novembro, com uma maciça presença do segmento dos prestadores e das operadoras e uma vasta discussão do assunto por quase seis meses. Formalizaram propostas as seguintes entidades: autogestão, CMB, CNC, CNS, FBH, FENASEG, PROCON, SINAMGE e SINOG. Posicionaram-se acerca dessa questão: autogestão, CMB, CNC, CNS, CONASEMS, CONASS, FBH, FENASEG, MJ, MS, PROCON, CNI, SINAMGE, SINOG, UNIMED e UNIODONTO. Abstiveram-se: AMB, CFM, CFO, COFEN, CUT, MF, MPS e MTE. O texto da minuta de RN em tela foi apreciado pela Diretoria Colegiada após a aprovação das quinze entidades presentes na reunião da Câmara Técnica no dia 06/11/02 de uma proposta elaborada a partir dos posicionamentos majoritários. Pela minuta de RN, teriam de estar obrigatoriamente no contrato: prazo de faturamento e pagamento dos serviços prestados pelo hospital, a rotina de conferência e certificação das faturas recebidas pela operadora, prazo para revisão periódica de preços, fixação de multas entre as partes aplicáveis na hipótese de descumprimento de suas cláusulas e as rotinas de garantia do atendimento a ser prestado pela operadora ao consumidor, sem obstáculos criados pelo hospital. A minuta da norma previa ainda que fizesse parte do instrumento contratual: o registro da operadora na Agência e o da entidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do M.S. para a garantia da qualidade; seu objeto e natureza jurídica; o perfil assistencial e especialidades; os procedimentos que estavam sendo contratados quando a prestação não fosse integral; o regime de atendimento e o padrão de acomodação; os valores dos serviços, prazos e formas de faturamento e pagamento; rotina de auditoria técnica e administrativa; rotina de habilitação do beneficiado junto à prestadora; os procedimentos dependentes de prévia autorização; o prazo de vigência e as regras para renovação e/ou rescisão do contrato, essa condicionada a uma notificação com 60 dias de antecedência da data do seu término e a obrigação do prestador de identificar os pacientes que a operadora teria de dar a continuidade ao tratamento. Outros pontos discriminados na minuta de RN foram: o da obrigatoriedade do prestador disponibilizar à operadora os dados assistenciais dos atendimentos requisitados pela ANS, observando-se a ética e o sigilo profissional; os direitos e obrigações das partes observados o pleno atendimento do artigo 18 da Lei 9656/98, a não discriminação de pacientes e priorização de ocorrências de urgência e emergência, de gestantes, de lactantes e lactentes e de pacientes com até 5 anos e mais de 65 anos de idade; regras de reajuste de preços, contendo forma e periodicidade; e autorização expressa para a operadora poder divulgar o nome do prestador na lista de sua rede de assistência. Foram feitas ressalvas de discordâncias: pela FENASEG, quanto a obrigatoriedade de definição prévia de um contrato; pela FENASEG e CNI, quanto as regras de reajuste, forma e periodicidade do mesmo; e pela CNI e UNIMED quanto a divulgação do nome do prestador. Foi definido na minuta que num prazo de 180 dias após a publicação da RN, o mercado repactuaria ou ajustaria os contratos existentes. Encerrando, elucidou que a Agência havia optado por submeter aquela minuta de RN à consulta pública

até o dia 17 de abril, pela importância da mesma e em função dos conflitos entre operadoras e prestadores trazerem impactos negativos aos consumidores de planos, provocando um crescimento de reclamações de 15,5% para 24,4% entre 2001 e 2002, enquanto que as de aumento de mensalidade diminuíram de 39,9% para 28,7%, conforme aferido pelos números do Disque ANS. **O DR. SCHIAVON** alegou ter sido negativo o longo período transcorrido até que fosse elaborado algum formato na contratualização, tempo em que os prestadores continuaram penalizados com o congelamento dos preços que lhes eram pagos pelas operadoras, aliás congelados há mais de seis anos, fazendo com que esse segmento ficasse numa situação impossível de ser sustentada. Além disso, julgou que a Agência estava demorando muito para intervir na regulação dos contratos entre operadoras e prestadores, o que já deveria ter feito de modo a preservar o equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores, e propôs que o excessivo prazo de 180 dias após a publicação da minuta da RN fosse reduzido para 30 dias, obrigando urgentemente às operadoras a repactuarem os preços com seus prestadores por estarem absolutamente incompatíveis com os custos de mercado, senão eles precisariam de outras alternativas para se reequilibrarem. **O DR. PAULO GUILHERME** compartilhou com a posição da CNS de que era excessivo o prazo previsto no artigo 3º da minuta da RN e quis saber quais os tipos de penalidades que seriam admitidas e quem as aplicaria, temendo que os hospitais fossem prejudicados vez que as operadoras tinham mais força do que eles. **A DRA. RENÊ** sugeriu que o princípio da lei de permitir que uma operadora procedesse a rescisão de contrato dos usuários que atrasassem duas mensalidades, fosse aplicado também para as operadoras que retardassem o pagamento dos serviços de seus prestadores, o que causava grande insegurança aos usuários que passavam por momentos de fortes constrangimentos, razão pela qual reivindicou que houvesse mais rigor na fiscalização e aplicação das multas. Perguntou se a ANS já havia recebido reclamações da GEAP e que providências havia tomado, em virtude de que essa autogestão estava quebrando muitos hospitais pelo Brasil, inclusive em Recife. **O DR. DINIZ** replicou que as autogestões ligadas à UNIDAS geriam seus planos autonomamente e seus empasses negociais eram resolvidos em fóruns distintos daquela Câmara, que tratava de assuntos menos pontuais, lamentando por isso que a GEAP, uma de suas filiadas, tivesse sido ali citada sem ter a possibilidade de defesa. **A DRA. MARIA ANGÉLICA**, levando em conta que a proposta contemplava itens de custos com auditoria, rol de procedimentos e outros afetos ao consumidor, questionou como seria garantida a qualidade da assistência quando ainda existia contração de serviços sem a necessária apreciação da adequação quali-quantitativa dos profissionais que executariam os mesmos. **O DR. WERNECK** entendeu que a retirada das Entidades de Defesa dos Portadores de Patologia e Deficiência daquela Câmara era um efeito do sentimento de insignificância que as representações das entidades de defesa dos consumidores tinham dada a maneira que os fóruns institucionais as tratavam. Frente a realidade de que pela primeira vez em doze anos, uma empresa de plano de saúde estava no segundo lugar da lista das dez empresas mais reclamadas, classificou como preocupante o significativo aumento das reclamações dos planos de saúde verificado pelos PROCON's, as quais em São José dos Campos-SP onde atuava, foram de 37 em 2001 para 240 em 2002, crescendo 548%. Indicou dois aspectos que deveriam ser adicionados às obrigações previstas no inciso VII do artigo 2º da minuta de RN de contratualização: que o consumidor, valendo-se de um de seus direitos básicos, fosse informado da vigência do contrato entre a operadora e seus prestadores de serviços; e que os prestadores fossem proibidos de exigirem dos consumidores garantias absurdas, principalmente a do "cheque caução", para se utilizarem dos serviços aos quais tinham direito. **O DR. HERÁCLITO** explicou que as ressalvas feitas pela FENASEG retratavam a sua discordância pelo fato da RN impor, obrigatoriamente, às seguradoras a adoção de um instrumento contratual e que o mesmo fosse formalizado, desconsiderando duas de suas características: uma, de que seus produtos eram comercializados na modalidade de reembolso ao usuário, que podia ter acesso a uma lista de prestadores de serviços apenas como uma referência, bem diferente

da prática de credenciamento; e outra, de que toda a sua relação com o comprador de serviço, pessoa física ou jurídica, já era regulada pelo próprio mercado que, independente de dispositivo legal, adequava produtos, qualidade, preços e reajustes, buscando inclusive alternativas de compra desses serviços, sem gerar nenhum tipo de conflito. **O DR. CELSO** reportou que, numa audiência do seu segmento com o Ministro da Saúde- **Dr. Humberto Costa**, foram abordadas algumas questões concernentes a tributos, a possíveis parcerias do sistema com o M.S. e a relação com a ANS. Reportou ainda que naquela oportunidade o Sr. Ministro anunciou a sua intenção de realizar o "Fórum de Discussão" e disse estar ciente do momento crítico que o conjunto das operadoras de plano de saúde passava, convivendo com diversos entraves como o dos contratos antigos que geravam liminares judiciais, as quais eram obrigadas a respeitar sem compensação financeira. Mesmo favorável à existência de contratos entre operadoras e prestadores, acautelou para as dificuldades das operadoras de levarem a cabo o cumprimento dos reajustes neles fixados, na medida que precisavam seguir o índice de repasse autorizado pela Agência, percentual que, por ter sido de apenas 25% nos últimos três anos enquanto o de outros setores ultrapassou 100%, inviabilizava a recomposição desses seus custos. Então, concluiu ser positiva a idéia de promover o referido "Fórum", onde os gravíssimos problemas estruturais daquele mercado fossem enfrentados com coragem, sem perder de vista alternativas que garantissem a sobrevivência de seus atores, para que não viessem a sucumbir. **O DR. ADRIANO LONDRES** reconheceu que, sem dúvida, a proposta de contratualização era um grande avanço para um pleito antigo dos prestadores, que viviam uma conjuntura complicada de readequação de preços, de glosas e atrasos crescentes, todavia ela tornava indispensável que se averiguasse qual era a real capacidade das partes para traduzirem no contrato aquilo que estivesse sendo pactuado, como as cláusulas de penalidades que davam sustentabilidade ao mesmo. Denotou que os hospitais com os quais tinha contato eram favoráveis à eliminação do "cheque-caução", desde que tivessem garantias efetivas de recebimento dos serviços prestados, e, por isso, discordavam do texto do Projeto de Lei nº 95/2001 de autoria do Senador Paulo Souto, que eliminava apenas uma das condutas de toda a cadeia, não resolvendo esse ponto de conflito por inteiro e não preservando o consumidor. **O DR. JANUARIO** compreendeu o interesse comum na preservação do tratamento de pacientes sem obstáculos inúteis e reforçou que as pertinentes manifestações feitas pelas entidades sobre a contratualização entre operadoras e hospitais deveriam ser formalizadas, objetivamente, até o dia 17 de abril, pedindo ao **Dr. Barroca** que fizesse seus últimos comentários acerca da mesma e colocasse as linha da política de reajuste do período 2003/2004. **O DR. BARROCA** esclareceu que a discussão do polêmico "cheque caução" não estava embutida na de contratualização entre operadoras e hospitais e seria tratada oportunamente. Esclareceu também que a minuta de RN de contratualização definia que: as penalidades teriam de integrar o contrato pactuado entre as partes envolvidas dentro das suas conveniências, as quais não seriam aplicadas pela Agência; e que vigoraria imediatamente depois da sua publicação para os novos contratos, sendo que o prazo do seu artigo 3º era para a revisão dos que estavam em curso, que foi pensado devido ao volume de operadoras e de estabelecimentos hospitalares existentes no Brasil, que poderia gerar uma grande quantidade de repactuações a serem processadas e que deveria ser considerado antes de se estipular um prazo inexeqüível. Após, expôs as linhas gerais da metodologia da política de reajustes para o biênio 2003/2004. Foi mantida a política consagrada desde maio de 2001, que estava calcada num incentivo de gestão – o Yardstick, e aplicava aos planos individuais, um mercado menos concorrencial, a média do reajuste apurado nos coletivos. A partir daí: os reajustes dos planos individuais e familiares, bem como aqueles operados por entidades de autogestão não patrocinada cujo financiamento se dava exclusivamente por recursos de seus beneficiários, dependiam da autorização prévia da Agência; os coletivos sem patrocinador eram por ela monitorados, através de comunicação feita quinze dias antes do reajuste ser aplicado; e os coletivos com patrocinador também eram monitorados através de comunicação feita em até trinta dias

após a aplicação do reajuste. As duas críticas feitas à metodologia trouxeram os seguintes aperfeiçoamentos: a introdução de fator moderador de custo- franquia e co-participação como alternativa ou em complemento aos reajustes, que gerou a necessidade de mensurar o impacto desses mecanismos, motivo pelo qual foram solicitadas informações, que ainda estavam sendo coletas, às 215 operadoras que haviam comunicado os reajustes de planos coletivos e tiveram, para esses planos, recuperação de despesas assistenciais identificadas pelo *SIP*, abrangendo 11.863 beneficiários; e a elaboração de um comparativo entre planos individuais e coletivos em termos de freqüência, no qual foi comprovado que essa era maior nos individuais do que nos coletivos e que as variações de custo do procedimento e freqüência tinham o mesmo comportamento independente do tipo plano, a exemplo das consultas, exames e atendimentos ambulatoriais. Dessa forma, ressaltou que a Agência houve por bem trazer aqueles resultados preliminares àquela Câmara, pois eles permitiriam ratificar que, tendo como fundamento custos unitários, o comportamento da variação da freqüência, na maioria das vezes, era o mesmo, e que o teto a ser estipulado para o plano individual poderia ser o encontrado dentro da variação dos coletivos, frisando que estava-se cumprindo o ritual dos últimos anos, com a metodologia já consagrada e cujo índice seria definido depois do reprocessamento da base de dados da Agência com as informações que estavam chegando. **O DR. JANUARIO**, destacando que qualquer subsídio que colaborasse com o desenvolvimento de novas regras e a correção de eventuais desequilíbrios era vital para uma maior efetividade da atuação da ANS, trouxe à memória que, nos três anos de sua existência, o setor de saúde suplementar que funcionou por mais de trinta anos sem nenhuma regra, pela primeira vez, havia conseguido coletar e sistematizar informações de assistência à saúde que foram organizadas através do *SIP,* trabalho esse executado pelo **Dr. Barroca**, a quem enalteceu. Argumentou que esse fato havia sido fruto do esforço coletivo, trazia um valioso acúmulo de conhecimento e representava uma grande conquista daquele setor que, seguramente, lhe proporcionava um diferencial muito grande no momento da definição de políticas públicas e condições de avançar do "*achismo*" para análises calcadas em dados concretos da realidade da sua total operação, referendando ou não pressupostos levantados, e passou a palavra às manifestações. **O DR. HERÁCLITO**, face às dificuldades enfrentadas pelo setor, recuperou que desde o ano passado avisava que as empresas estavam efetuando mudanças nos planos de saúde empresariais, a fim de conseguirem pagar esse importante benefício dentro de seus limites financeiros diminuídos. Para tanto, acrescentou que o mercado não se valia só da implantação de itens de compartilhamento de custo com o usuário, nos moldes de co-participação e franquia, mas também de um profundo redesenho dos seus planos, alterando os padrões dos mesmos inclusive com restrição de rede prestadora, como alternativa para se adequarem àquela difícil situação, dado que, efetivamente, estava demonstrado que o impacto na redução de custo de freqüência era significativo. Insistiu no conceito da planilha defendido pela FENASEG, à medida que quando se comparava as incidências nos planos individuais e nos empresariais, não se contemplava as especificidades dos individuais, como a carência e a decrescente média de usuários desses planos que gerava uma ante seleção natural, características que mudavam o seu comportamento estatístico. **O DR. ERIVALDER** sinalizou que os hospitais particulares da região onde atuava- ABC na grande São Paulo, como todas as operadoras e os médicos, estavam passando por um momento de graves dificuldades, cujos porquês teriam de ser analisados com bastante profundidade pelas óticas conjuntural e estrutural, levando em conta que, pela lei de mercado no capitalismo moderno, as grandes empresas tendiam a absorver as pequenas ou a eliminar muitas que não estavam solidamente instituídas. Independente dos reajustes repassados aos usuários, externou que os médicos-prestadores de serviços mais enfraquecidos sem reajustes há mais de oito anos e com decréscimo no valor dos seus honorários, não poderiam ficar a mercê de aumentos voluntários, como a alternativa ineficiente do ano passado de reajuste de 20% para as consultas, e precisavam de um recurso normativo capaz de fazer com que as operadoras

negociassem com as suas entidades representativas, vislumbrando um patamar razoável de remuneração desses profissionais. No que tange a minuta de RN de reajustes, que em seu artigo 8º usava a expressão "...*sujeitando a operadora à multa* ...", interpretou que ela passava a idéia de possibilidade e deveria ser substituída por algo mais incisivo e forte. **O DR. SCHIAVON** certificou que, conforme foi dito pelo **Dr. Heráclito**, as operadoras estavam restringindo suas redes e repactuando os serviços contratados a preços bem inferiores, sob a alegação de que não conseguiriam sustentar os preços praticados, o que comprometia a qualidade da assistência e, por conseguinte, contrariava a vontade dos prestadores lesando o consumidor. Certificou ainda que, igualmente aos médicos, os prestadores- hospitais eram penalizados há oito anos sem reajuste, sem nenhum amparo legal e com seus preços congelados unilateralmente pelas operadoras, chegando ao absurdo de receberem R$30,00 por uma diária hospitalar que custava R$100,00. Portanto, percebendo que pela proposta de RN aquela situação prevaleceria por mais um ano, reivindicou que a Agência, visando o equilíbrio do sistema, fosse sensível a tal problema e readequasse a aplicação dos índices de correção, além de incluir naquela minuta um artigo que obrigasse as operadoras a repactuarem os preços que pagavam a todos os seus prestadores. **O DR. JANUARIO**, com o respeito de sempre às posições das entidades e legitimidade dos seus anseios, retomou a palavra para evidenciar fatos plenamente conhecidos pelos atores do mercado e que estavam sendo distorcidos ou mesmo desprezados: a afirmativa de que a ANS não estava preocupada com a qualidade na prestação de serviços não tinha o menor cabimento e ficava esvaziada por suas ações públicas no sentido inverso à mesma; a ANS autorizava somente o limite de reajuste para os planos individuais/familiares- menos de 30% do total, o que, por certo, impactava na negociação dos coletivos, todavia protegia o consumidor; a ANS em nenhuma circunstância exercia qualquer controle sobre preços de venda dos produtos, o que era desprezado na avaliação dos órgãos de defesa do consumidor onde a maioria das outras agências era criticada exatamente por controlar preços taxados como abusivos, enquanto que a ANS era criticada pelas próprias operadoras do mercado por conceder índices muito baixos de reajustes. Então, alertou para a realidade daquele momento em que o próprio sistema dizia não ter mais capacidade de venda em função dos compradores coletivo e individual não terem capacidade de pagamento, até pela ausência da expansão primordial para a sobrevivência do setor que refletia em casos como o de Recife cujo o parque hospitalar foi planejado para atender a uma demanda que não ocorreu. Assim, resgatando a experiência do ano passado quando a Agência tentou auxiliar os médicos e não obteve êxito em virtude da não adesão da maior parte do mercado à proposta, sob o argumento de que o valor concedido não cobria seus custos, salientou que não era no momento de definição do reajuste que os desacertos estruturais existentes no setor seriam corrigidos e fez um apelo especial para que todos assumissem mais o caráter político daquela Câmara, sempre preconizado pela **Dra. Regina Parizi** do CFM, concentrando-se em questões que, realmente, pudessem agregar valor aquele relevante debate de reajustes. **O DR. ARLINDO**, a despeito do reconhecido esforço da Agência no intuito de encontrar subsídios mais confiáveis com base nos coletivos, contestou a metodologia de reajustes fixos para os planos individuais que, na prática, caminhava na direção inversa do que se pretendia por provocar a redução dos preços dos coletivos e por outras causas que tornavam aquele aumento absolutamente artificial, algumas citadas pelo **Dr. Heráclito**, como da diversidade de carteiras de planos individuais, incluindo a regionalização, as variações da rede credenciada, etc. Tendo em vista que as operadoras do setor de saúde suplementar já haviam arcado com a elevação de seus custos decorrente do impacto das exigências da regulamentação, afirmou que os reajustes autorizados para esse setor, ao contrário de outros regulados por agências, foram muito inferiores à sua necessidade, fazendo com que, nesse particular, tivesse sido o mais massacrado de todos e inviabilizando a correção dos preços pagos pelas operadoras aos seus prestadores, o que repercutia em toda a cadeia- médicos, laboratórios e hospitais. Afirmou também que a dificuldade dos hospitais

mencionada pelo **Dr. Erivalder**, bem como a dos demais atores da iniciativa privada que dependiam de todo tipo de operadoras de planos de saúde, advinha da aflitiva situação pela qual passavam sem ter seus preços adequados aos custos e com os grandes compradores restringindo suas redes para sobreviverem. Reiterou que a posição da sua entidade era a de que fossem respeitadas as características de cada empresa, de cada carteira, com a verificação das suas planilhas atualizadas, para a concessão de um índice de reajuste mais próximo de suas realidades. **O DR. SAMIR**, seguindo a lógica jurídica de falir, de "fechar as portas", sustentou que o médico, mesmo empobrecendo, não parava de trabalhar para manter-se vivo e, sem condições de crescer por vários fatores até adversos aos seus interesses, era forçado a aumentar o número de consultas comprometendo a qualidade desejada, o que certamente prejudicava o consumidor. Partindo do princípio de que a população que financiava aquele setor encontrava-se com o seu poder aquisitivo achatado, teve o seu poder de compra diminuído e a expansão econômica do mercado estava impossibilitada, complementou ser preciso que todos buscassem um caminho, uma solução que viabilizasse tal setor. No tocante ao índice de reajuste que vinha sendo oferecido, disse que acompanhava todos os movimentos de se tentar chegar a uma metodologia que espelhasse de maneira mais justa os acontecimentos do período, entretanto, diferentemente do que foi colocado ali, esse índice não estava favorecendo o honorário do médico. Como um alento para que no futuro aquela difícil situação não se agravasse, atribuiu ser imprescindível que o índice de reajuste contemplasse a reposição inflacionária dos honorários médicos, talvez analisando o quanto esses impactavam os custos das operadoras, reposição essa que, em hipótese alguma, poderia ser confundida com a compensação da defasagem havida nos últimos oito anos de congelamento. Dada a finalidade precípua da Agência de preservar o equilíbrio do setor, acentuou que a parcela do reajuste destinada aos médicos- parte mais frágil no processo, precisaria de uma vinculação capaz de comprovar a sua correta aplicação. **A DRA. RENÊ** pontuou os temas que, ao seu ver, deveriam ser discutidos naquela Câmara: a eventual incompatibilidade do artigo 12 dessa RN com o artigo 35 da Lei 9656, que proibia que os reajustes das pessoas com mais de 60 anos e mais de 10 anos de plano fossem superiores aos parâmetros da sua regulamentação; a falta de cobertura de órteses, próteses e marca-passos; a inexistência do credenciamento universal, que significava reserva de mercado e era prejudicial ao consumidor e ao médico; e o cancelamento unilateral dos contratos empresariais, motivo de várias ações judiciais, ao menos em Pernambuco. Pontuou ainda que fosse discutida a prática das operadoras de, sem qualquer compromisso com a qualidade dos serviços, restringirem as suas redes de prestadores para viabilizar custos, impondo aos profissionais pessoas físicas que se constituíssem em pessoas jurídicas para que elas pudessem se valer de preços abaixo da defasada tabela que já utilizavam, sendo que os médicos há dez anos tinham seus honorários cada vez mais reduzidos e sofriam todo tipo de pressão sem poderem reclamar a fim de não serem descredenciados. **O DR. DINIZ** observou que os trabalhadores das autogestões, cuja maioria dos sindicados era filiada à CUT, também estavam sem reajustes há oito anos e que um estudo do DIEESE havia constatado que, no período de 1990 a 2000, a qualidade do emprego piorou, o número de postos de trabalho diminuiu e a renda média dos trabalhadores, apesar dos reajustes, foi reduzida. A título de contribuição para o importante Fórum que o M.S. promoveria, recomendou que se fizesse uma reflexão de quem estaria criando entraves ao equilíbrio, vez que todos daquele sistema estavam descontentes. Por serem as autogestões não patrocinadas as mais puras desse segmento, geridas por seus próprios beneficiários e controladas pelos seus conselhos administrativo e fiscal, antecipou a sua preocupação e receio de que a minuta de RN, ao equipara-las à empresas mercantis com fins lucrativos, estava impondo-lhes exigências excessivas, as quais poderiam inviabilizar algumas dessas entidades que prestavam assistência à saúde com qualidade, o que seria desastroso se oriundo de ações daqueles que deveriam garantir a manutenção e incentivar a concorrência do setor. **O DR. RICARDO MORICHITA**, frente ao quadro de crise econômica fitado por todos os

representantes do setor com uma certa concretude, considerou ser essencial uma intervenção do Estado, no caso da Agência, para assegurar um equilíbrio mínimo nas relações entre seus componentes, porque nesses momentos parecia ser óbvio que houvesse uma grande propensão de se sacrificar a parte mais vulnerável da cadeia econômica - o consumidor, expressão da própria realidade social. Nesse sentido, consignou que os órgãos de defesa do consumidor participantes daquela Câmara encaminhariam por escrito os seus posicionamentos, convictos de que providências de natureza estrutural poderiam se traduzir, a médio e longo prazo, senão na absoluta tranqüilidade, ao menos em mecanismos de maior proteção para o consumidor. **O DR. WERNECK**, para evitar dubiedade de interpretações, sugeriu que toda a minuta de RN de reajustes fosse redigida do modo mais claro e explicativo possível, devendo ainda: inserir no § 4º do artigo 4º que o processo seria arquivado se a operadora não apresentasse a respectiva documentação no prazo nele facultado, evitando eventuais prorrogações; no § 2º do artigo 5º, onde se lia "...a operadora, **iniciando-se** no mês do protocolo da solicitação de reajuste.", incluir "... iniciando-se **a contagem** no mês..."; alertar que a comunicação a ser impressa no boleto, prevista no § 1º do artigo 6º, não era o índice de reajuste autorizado e sim a protocolização desse pedido na ANS; e esclarecer o aparente conflito entre os textos do artigo 2º que obrigava os planos operados por entidades não patrocinada à submeterem seus reajustes à aprovação da ANS, do artigo 6º que dava aos planos coletivos sem patrocinador a possibilidade de comunicação via Internet, e do seu § 2º que excepcionava os planos operados por autogestões definidas no art. 2º. **O DR. CELSO**, em torno da polêmica e indispensável questão do reajuste, que tinha um significativo peso nos problemas estruturais do sistema, concordou com a referência feita pela FENASEG e a ABRAMGE de que os padrões dos planos individuais eram bem diferentes dos coletivos. Também concordou com o **Dr. Samir** quando reclamava que o médico estava empobrecendo, pois presenciava a experiência das cooperativas que, tendo de repassar aos seus médicos-cooperados o saldo dos valores recebidos e dos gastos efetuados, essa quantia era cada vez menor em função de que os reajustes autorizados às operadoras haviam sido quase insuficientes para cobrirem os aumentos de seus custos e isso sem reajustar os prestadores. A propósito, explicitou que sua entidade, em 2002, não aderiu ao percentual de 1,7% vinculado ao reajuste das consultas médicas em 20%, pela ausência de margem financeira para bancar a diferença entre os três milhões que receberia e os doze milhões que gastaria no ano, num momento em que os seus planos coletivos vinham empatando os resultados financeiros com dificuldade. Lamentou que, não obstante o esforço empreendido, aquele setor não havia alcançado um índice que medisse a sua real inflação, captando a variação dos preços de honorários, serviços, medicamentos, dólar, etc., e, deduzindo que o encaminhamento que estava sendo acenado para o reajuste resultaria novamente num percentual bem abaixo, por exemplo, dos 35% do IGP-M do período, mostrou-se preocupado com essa política que, por mais um ano, não atenderia aos anseios das operadoras e prestadores. **O DR. BARROCA** rebateu não haver incompatibilidade entre o artigo 12 da minuta da RN que tratava de reajustes anuais com dispositivos da Lei 9656/98 alterada pela M.P. 2177-44, que determinavam a aprovação prévia da cláusula de variação por mudança de faixa etária a beneficiários com 60 anos ou mais de idade para quaisquer planos – individuais e coletivos, comercializados antes da vigência da Lei, vedando aplicação das variações sem previsão contratual, e, para os planos adaptados à Lei, estava vedada a aplicação da variação por mudança de faixa etária a beneficiários com 60 anos ou mais de idade e 10 anos ou mais de plano ou sucessor, e ainda para esses planos vedava que o preço de venda da última faixa etária fosse superior a seis vezes o preço da primeira. Como um comentário mais geral, assinalou que a Agência, a despeito das equivocadas opiniões publicadas, sempre buscava encontrar e adaptar meios razoáveis de lidar com pendências típicas daquele setor, o que vinha perseguindo incansavelmente junto aos "planos antigos", cujo equilíbrio, até aquele momento, estava sendo tratado por intermédio da revisão técnica, amplamente debatida

com vistas à proteção do consumidor. Para concluir, solicitou a todos que formalizassem suas sugestões acerca da minuta de RN de reajustes e disse que, certamente, ninguém poderia estar surpreso com a mesma, por reproduzir a política regulatória adotada pela Agência ao longo dos últimos três anos com os aperfeiçoamentos possíveis a partir das críticas que sofreu, deixando claro que tal política descartava a utilização de planilhas. **O DR. JANUARIO**, relativamente ao último item da pauta daquela reunião, cientificou que o Contrato de Gestão firmado em 2002 entre a Agência e o Ministério da Saúde, aprovado pelo CONSU, previa a realização de pesquisas com o objetivo de mensurar a opinião do usuário em relação ao sistema e de servir de instrumento gerencial para nortear o processo de regulação e a ação do órgão regulador. Para tanto, informou que havia sido feita a "Pesquisa de Opinião Pública com Usuários de Planos de Saúde", que passava a dar conhecimento aos membros daquela Câmara, publicando-a em seguida. Foi desenvolvida pelo "**Ipsos Opinion Brasil**", instituto de pouca tradição no Brasil mas de reconhecimento internacional, dirigido pelo **Dr. Örjan Olsén**, um grande profissional da área. Pela característica do setor, foram escolhidas cidades espalhadas por todo País com mais de 50 mil habitantes, onde se concentrava mais de 90% dos usuários de plano de saúde, tendo sido realizadas 2.700 entrevistas domiciliares. Foram constatados dados interessantes, enumerados a seguir. Primeiro, o baixo número de usuários- apenas 17% que tinham conhecimento do órgão regulador e de sua ação, preocupante para a Agência, embora inteligível por não ter feito publicidade institucional massificada. Segundo, 84% dos pesquisados se declararam muito satisfeitos ou satisfeitos com os seus planos, percentual esse que crescia com o aumento da utilização do plano pelo usuário, ou seja, quanto mais o usuário se utilizava do plano maior era o seu grau de satisfação, como acontecia no SUS. Terceiro, 79% dos usuários não trocariam o seu plano por outro, algo que chamava a atenção para a existência de uma fidelização no processo, e 90% dos usuários nunca tiveram conflitos com seus planos, sendo que dos que tiveram, esses conflitos eram afetos a direito desrespeitado- 9%, valor indevidamente cobrado em consulta ou exame- 4%, reajuste de mensalidade ou aumento indevido- 4%. Quarto, houve uma ampliação do conhecimento do consumidor em relação aos seus direitos básicos garantidos na lei, visível pelos percentuais a seguir: 75% dos entrevistados conheciam que as regras de aumento de mensalidade tinham de estar bem claras no contrato, 69% sabiam que ninguém podia ser impedido de participar de um plano de saúde em razão da idade e 68% que o plano era obrigado a manter a qualidade da rede prestadora informada no contrato, cuja relação de conveniados tinha de ser entregue na assinatura do mesmo. Quinto, coerentemente, o usuário buscava esclarecimentos primeiro junto ao seu próprio plano de saúde, orientação inclusive dada pelos PROCON's e pela ANS, e, num segundo momento, valiam-se dos PROCON's pelas notórias ações que desenvolviam em defesa dos direitos individuais do consumidor, diferentemente da Agência que tinha de proteger o seu direito mais geral. **O DR. CELSO** pediu um aparte para cumprimentar a Agência pela realização daquela pesquisa, método que verdadeiramente representava uma forma científica de trabalho, a qual trazia números que referendavam sua afirmativa de que o grau de satisfação dos clientes de planos de saúde era bastante alto, como o percentual de 88% constatado na pesquisa feita no ano passado por sua cooperativa, índice esse que duvidava que outras áreas de prestação de serviço tinham ou teriam e que poderia ser comprometido se a estrutura daquele setor não fosse revista, olhando para o descontentamento dos prestadores em geral. **O DR. JANUARIO**, continuando, valorizou a pesquisa enquanto parâmetro de aperfeiçoamento da atuação da Agência no processo de regulamentação, na medida que detectava as falhas a serem corrigidas, a exemplo da necessidade de ampliar a divulgação de direitos fundamentais ainda desconhecidos, tal como fez com a campanha de inscrição do recém-nascido, no entanto ponderou ser prudente que todos aqueles dados, apesar de positivos, fossem vistos com cuidado e inseridos no contexto do setor de saúde. Julgando essencial iniciativas que possibilitassem à sociedade uma maior transparência das ações dos órgãos reguladores, enfatizou que a Agência se preocupava com os critérios de

avaliação e de comparação utilizados quando o foco fosse as agências da área de saúde que, pelas suas especificidades, poderia sofrer distorções no resultado das análises, preocupação essa que queria solucionar com o desenvolvimento de critérios adequados para tal avaliação. Nesse sentido, lembrou o estudo acerca da efetividade das agências reguladoras publicado pelo IDEC há duas semanas, onde a ANS apareceu com um péssimo desempenho, e sobre o qual, em virtude da ausência dos seus representantes naquela reunião e de outros dados complementares, fez constar apenas que a Agência pode concluir que problemas metodológicos influenciaram negativamente no resultado, porque o fator "altos preços de tarifas" que havia pesado na baixa nota das demais agências, no caso da ANS, era tratado de maneira totalmente adversa, fazendo-o até meritório, contudo não constou daquela sua avaliação. Finalizando, em nome da Diretoria Colegiada da ANS, registrou uma efusiva homenagem ao **Dr. Luiz Arnaldo** que participava daquela reunião pela última vez na qualidade de diretor, a quem reverenciou e elogiou com veemência pelo grandioso trabalho e papel desempenhado na construção da regulamentação do setor de saúde suplementar. Dessa forma, encerrou a 31ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar agradecendo a presença e a participação de todos.

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Fazenda

Ministério da Justiça

Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde

Associação Médica Brasileira

Autogestão

Central Única dos Trabalhadores

Confederação das Santas Casas de Misericódia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

Confederação Nacional do Comércio

Conselho Federal de Enfermagem

Conselho Federal de Odontologia

Conselho Federal de Medicina

Cooperativas de Serviços Médicos

Cooperativas de Serviços Odontológicos

Empresas de Medicina de Grupo

Empresas de Odontologia de Grupo

Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais

Federação Brasileira de Hospitais

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

Fundação Procon- São Paulo