

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

ABERTURA - Às dez horas e trinta minutos do dia dez de agosto do ano de 2004, no Salão Vermelho do Hotel Nacional, situado no Setor Hoteleiro Sul, Quadra 01, Bloco A, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Trigésima Quarta Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº 9.656, de 03 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. Estiveram presentes à reunião: Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS; Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de Fiscalização (DIFIS/ANS); Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras (DIOPE/ANS); Dr. **José Leônicio Feitosa**, Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS); Dr. **Gilson Coleman**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Sra. **Jussara Röttsch**, da DIDES/ANS; o Sr. **Luiz Cláudio Gomes**, da DIOPE/ANS e a Srª **Mônica Nigri**, da DIPRO/ANS. Compareceram os seguintes representantes: Drª **Maria de Lourdes Ferreira**, do Ministério da Fazenda (MF); Dr. **Sérgio Ricardo dos Santos Rosa**, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Dr. **Arthur Badin**, do Ministério da Justiça (MJ); Dr. **José Carlos de Moraes**, do Ministério da Saúde (MS); Dr. **Helvécio Miranda Magalhães Junior**, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Dr. **Pedro Pablo Magalhães Chacel**, do Conselho Federal de Medicina (CFM); Dr. **José Mário Moraes Mateus**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dr. **Ernestino Vilela Farias**, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Dr. **Luiz Plínio Moraes de Toledo**, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Dr. **José Carlos Souza Abrahão** e Dr. **José Francisco Schiavon**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior** e Dr. **José Martins Lecheta**, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Drª **Sylvia Regina Trindade Yano**, da Confederação Nacional da Indústria (CNI); Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC); Dr. **José Erivalder Guimarães de Oliveira**, da Central Única dos Trabalhadores (CUT); Dr. **Joaquim José da Silva Filho**, da Força Sindical; Dr. **Márcio Serôa A Coriolano** e Dr. **Pedro Fazio**, pela Federação Nacional das Empresas de Seguro Privado e Capitalização (FENASEG); Dr. **Samir Dahas Bittar**, da Associação Médica Brasileira (AMB); Dr. **José Antônio Diniz de Oliveira**, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde (UNIDAS); Dr. **Arlindo de Almeida** e Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, pelas Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE); Dr. **Celso Corrêa de Barros**, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar (UNIMED do BRASIL); Dr. **Randal Luiz Zanetti**, pelas Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG); Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, pela Cooperativa de Serviços Odontológicos (UNIODONTO); Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida** e Dr. **André Luiz L. Santos**, da Defesa do Consumidor (PROCON/SP); Dra. **Maria Inês Dolci**, da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (PRO TESTE); Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

(ADUSEPS); Dra. **Neide Regina Cousin Barriguelli**, da Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); Dr^a **Regina Libonati de Paula**, da Associação Franco Basaglia (AFB); e, na condição de convidado, o Dr. **Orestes Mazzariol Júnior**, da União das Empresas Médicas (UEME). Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, procedeu à abertura dos trabalhos da reunião cumprimentando os integrantes da Câmara de Saúde Suplementar e demais presentes. Em seguida, informou à plenária sobre a presença dos convidados Dr. **Rogério Braz**, da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID); Dr. **Leandro da Rocha Moreira**, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e, Dr. **Paulo Sebastião Quaiotti Ribeiro**, da União das Empresas Médicas (UEME), e justificou o atraso da Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora de Fiscalização (DIFIS/ANS), e do Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras (DIOPE/ANS), que tiveram problemas com o horário do voo. Além disso, comunicou a alteração dos representantes de duas entidades que compõem a Câmara de Saúde Suplementar: Sr. **Mário Antônio Ferrari**, Suplente, Central Única dos Trabalhadores (CUT); e Sr. **Benício Paiva Mesquita**, Suplente, Conselho Federal de Odontologia (CFO). Feitas essas considerações, colocou em apreciação a Ata da Trigésima Terceira Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, informando que haviam sido incorporadas as contribuições apresentadas pelo Dr. **André Luiz L. Santos**, do PROCON/SP, e por parte do Dr. **Egberto Miranda S. Neto**, da UNIODONTO. **Não havendo destaques, a Ata da Trigésima Terceira Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar foi aprovada. Além disso, foi aprovado o Regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar.** Em seguida, Dr. **Fausto dos Santos** passou à pauta da reunião. **ITEM 1 – APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR (TISS)** – O Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS), **José Leôncio Feitosa**, fez uso da palavra para prestar esclarecimentos iniciais sobre o Projeto de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS). Explicou que o TISS consistia em uma ferramenta que vinha sendo trabalhada por um conjunto de técnicos da Agência Nacional de Saúde, no sentido de definir um padrão único para a troca de informações entre operadoras e prestadores de serviço, possibilitando a compatibilidade entre sistemas e dados independentes e a redução de custos. Ressaltou que a proposta estava em debate e, nesse sentido, informou que estavam sendo realizadas reuniões regionais com representantes de diversos setores para apresentação e debate do Projeto. Feitas essas considerações, concedeu a palavra à Gerente de Informações Epidemiológicas da DIDES/ANS, **Jussara Röttsch**, para a apresentação do Projeto de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS). A Sra. **Jussara Röttsch** iniciou a apresentação explicando que o preenchimento de grande variedade de formulários, utilizados pelas operadoras, além dos demorados mecanismos de troca de informações especialmente no que tange ao faturamento, pagamento e glosas de despesas, dos erros de preenchimento, geravam altos custos administrativos e comprometiam a eficiência e agilidade do atendimento, prejudicando o usuário e o beneficiário. Continuou explicando que,

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

conforme informações do Banco de Dados da ANS (julho de 2004), das 2.227 operadoras ativas no Brasil, 90% eram de pequeno e médio porte e que estas operadoras eram atendidas por 3.787 prestadores. Nessa linha, disse que o Projeto é voltado, de forma mais específica, para as operadoras e prestadores de pequeno porte, pois não possuem sistema de informação. Ressaltou que o propósito é o estabelecimento de um padrão único para a troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços de modo a melhorar o padrão de informação e a comunicação nas transações realizadas e atingir a total compatibilidade e a interoperabilidade entre sistemas e dados independentes para fins de suporte aos processos clínicos e administrativos, análise estatística e epidemiológica, reduzindo redundâncias e duplicação de esforços. Acrescentou que esse padrão único considera os padrões já estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a identificação de usuário (Sistema Cartão Nacional de Saúde), de estabelecimento e de profissional (Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde), assim como o conjunto de dados dos eventos realizados, possibilitando a interoperabilidade entre o sistema de saúde público e suplementar, e a identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, viabilizando, dessa forma, a integração nacional das informações em saúde. Além disso, ressaltou que o Projeto procura estabelecer um set de indicadores do segmento saúde suplementar, comparáveis entre si, e parametrizados com os do Sistema Único de Saúde. Destacou os objetivos específicos do Projeto: aprimorar a qualidade, a garantia de acesso ao usuário e o aumento da eficiência dos serviços de saúde; permitir análises estatísticas e epidemiológicas para elaboração de relatórios relativos ao estado de saúde, tendências de determinantes da saúde e impacto das políticas do setor sobre a saúde da população de beneficiários; possibilitar o planejamento, acompanhamento e avaliação da qualidade dos serviços prestados, bem como o monitoramento das relações entre prestadores e operadoras de plano de saúde; e fornecer aos atores do setor - ANS e Ministério da Saúde - informações sanitárias apropriadas que permitam efetuar comparações e apoiar as políticas nacionais de saúde. Falou sobre as vantagens na utilização do processo eletrônico e, a propósito, citou o caso dos Estados Unidos onde, desde 2003, esse tipo de procedimento era obrigatório. Com isso, 50% das contas passaram a ser processadas eletronicamente, o que resultou em redução de glosas (30 a 40%), redução em 400% dos custos do processamento de contas e diminuição do prazo para recebimento (de 200 para 7 dias). Ressaltou, ainda, que o processo poderia ser feito pela internet, o que contribuiria também para redução dos custos administrativos. Destacou que o público-alvo do Projeto inclui as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde e que o mesmo teria impacto na competição do mercado, nos custos administrativos e nas fusões e aquisições de novas tecnologias. Prosseguiu explicando que o Projeto possuía vários padrões, dentre eles, a transação eletrônica, o vocabulário e conteúdo das guias ou notas, as chaves de identificação de usuário, os indicadores e segurança. Além disso, lembrou que o Projeto se iniciara a partir de um padrão desenvolvido pela ABRAMGE, o qual foi ampliado para contemplar outros padrões já existentes e os próprios padrões do Ministério da Saúde, como declaração de óbito,

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

declaração de nascimento, comunicação de internações hospitalares, SINAN, Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), o conjunto essencial de dados do Cartão Nacional de Saúde, e os dados da ANS, como o Sistema de Identificação de Beneficiários (SIB), o Sistema de Informações de Produtos (SIP) e os padrões já existentes no mercado. Ressaltou que o padrão mínimo e o aplicativo do TISS estão estruturados em dois módulos: *módulo prestador*, que permite a integração com os sistemas públicos de informação em saúde; e, o *módulo operadora*, que permite a integração com os sistemas de informação da ANS. Explicou, então, como se daria o funcionamento do Sistema: **1)** atendimento por parte do prestador e preenchimento da respectiva guia; **2)** conversão da guia para o padrão XML e transmissão eletrônica para a operadora (essa transmissão pode continuar a ser feita em disquete ou por escrito); e **3)** devolução do arquivo para o prestador, por parte da operadora, com as glosas e pagamento, e o encaminhamento de informações para o Sistema de Informação do Beneficiário, para o Sistema de Informação dos Produtos e para o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS). Acrescentou que as estratégias adotadas para viabilizar o Projeto incluem o desenvolvimento de um *software* para incentivar as operadoras não informatizadas, no sentido de padronizar a troca de informação, bem como a formação de grupo permanente de trabalho com as operadoras para a troca de experiências realizadas no Brasil e em outros países. Lembrou, ainda, que a primeira etapa do ciclo de debate era a realização de oficinas regionais para apresentação da proposta. Ressaltou, também, que o *software* aplicativo será distribuído a empresas e órgãos do governo interessados em participar do treinamento, para utilização e avaliação de sua implantação. Concluiu, destacando que o Projeto estava aberto a críticas e contribuições, sendo que outras informações poderiam ser adquiridas no endereço eletrônico tiss@ans.gov.br. Após a apresentação, Dr. **Fausto dos Santos** abriu a palavra para comentários sobre o Projeto. Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, manifestou seu apoio, por entender que a padronização do sistema de informações entre operadoras e prestadores de serviços resultaria em simplificação e maior objetividade do trabalho do médico. Dr. **Pedro Pablo Chacel**, do CFM, fez uso da palavra para ressaltar a importância de manter o sigilo das informações acerca da identificação de usuários. Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, reivindicou a definição de padrão específico para o porte (pequeno, médio e grande) das operadoras exclusivamente odontológicas. Dr. **José Antônio Diniz**, da UNIDAS, solicitou maiores esclarecimentos sobre o Projeto, perguntando se a proposta levava em consideração os arquivos que as empresas trocavam com hospitais, laboratórios, por meio de conectividade e plataforma de Internet, e qual seria o cronograma de implantação. Dr. **Helvécio Miranda M. Júnior**, do CONASEMS, destacou como um dos avanços do Projeto a busca de interação e interface com os sistemas de informações já existentes, na perspectiva de otimizar a troca de informações entre operadoras e prestadores de serviço. Registrou, ainda, o esforço da direção da Agência em garantir interface tecnológica e de informação com os sistemas do Sistema Único de Saúde e do Ministério da Saúde. Dr. **Fausto**

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

197 **dos Santos** registrou a presença da Dra. **Maria Stella Gregori**, Diretora
198 da DIFIS/ANS, e do Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor da
199 DIOPE/ANS. Em seguida, passou a palavra à Gerente de Informações
200 Epidemiológicas da DIDES/ANS, **Jussara Röttsch**, para que pudesse
201 responder aos questionamentos dos integrantes da Câmara. A Sra. **Jussara**
202 ressaltou, a princípio, que a equipe técnica trabalhara os indicadores do
203 Ministério da Saúde, buscando conectividade com a rede. Explicou,
204 também, que a padronização das informações adquiridas a partir das guias
205 de informações é a primeira etapa do Projeto. Acrescentou que, apesar de a
206 equipe da DIDES ter criado uma guia de informações, cada operadora pode
207 ter o seu próprio *layout*, uma vez que o importante é contemplar as
208 informações consideradas essenciais. Informou que o aplicativo será
209 oferecido sem custo para as operadoras e os prestadores de serviços que
210 não disponham de sistemas de troca de informações, e que a utilização da
211 linguagem XML se justifica pelo fato de permitir maior flexibilidade na troca
212 de informações devido à possibilidade de interface com qualquer tipo de
213 plataforma, tanto de servidor como de banco de dados. Nessa linha, disse
214 que a tendência era que as grandes operadoras e prestadores de servidores
215 passassem a adaptar os seus conteúdos à linguagem XML. Ressaltou que o
216 Cartão Nacional de Saúde era um dispositivo importante, considerando o
217 objetivo do Projeto de trabalhar com um número único de usuário.
218 Acrescentou que, por uma questão de segurança, o Projeto não trabalharia
219 o campo “nome”, o diagnóstico seria criptografado e apenas os prestadores
220 autorizados teriam acesso aos dados. Concluiu, lembrando que a principal
221 preocupação do momento era obter um padrão consensual e garantir que a
222 troca de informações fosse feita em XML. Dra. **Neide Regina Barriguelli**,
223 da FARBRA, registrou sua preocupação com o fato de o Projeto adotar o
224 CID-10 como subsídio, tendo em vista que em reuniões anteriores da CSS
225 houvera consenso sobre a não utilização do mesmo, a fim de preservar o
226 paciente. Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS, alertou para a importância de
227 definir as garantias dos beneficiários no caso de acidente de trabalho,
228 considerando que, nessas circunstâncias, não havia cobertura por parte das
229 seguradoras e empresas. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE,
230 manifestou preocupação com os prováveis custos de implantação do
231 Sistema de Troca de Informações em Saúde Suplementar e, a propósito,
232 sinalizou para a importância de se realizar estudo nesse sentido. Em
233 resposta as estas considerações, **Jussara Röttsch** explicou, a respeito da
234 utilização do CID-10, que a equipe estava trabalhando a proposta de chaves
235 públicas e privadas, com certificação do Conselho Federal de Medicina, na
236 perspectiva de preservar o sigilo das informações. Além disso, ressaltou
237 que, na definição das guias propostas pela equipe da DIDES/ANS, houve a
238 preocupação de que os dados sobre os pacientes, apesar de serem
239 individualizados, não possibilitassem a identificação de nomes. Acrescentou
240 que havia um interesse epidemiológico em registrar esses dados e, ainda,
241 que seriam garantidos o sigilo e a segurança das informações concernentes
242 a acidentes e ao tempo de doença. Em relação ao custo, informou que fora
243 firmado convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)
244 para que o aplicativo fosse distribuído gratuitamente às pequenas e às
245 médias empresas, evitando, assim, custos com a implantação do Programa.

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

Finalizou, informando que a ANS iria elaborar programa de implantação para aqueles que aderissem ao padrão e que a expectativa era de, em longo prazo, regulamentar o Sistema. Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS, declarou que não se sentia contemplada com a resposta em relação aos acidentes de trabalho. A Gerente de Informações Epidemiológicas da DIDES/ANS, **Jussara Röttsch**, reconheceu que os planos de saúde, em geral, não possuíam cobertura para acidentes de trabalho e reiterou que as informações sobre o tempo de doença e os acidentes de trabalho, solicitadas na guia, eram de interesse epidemiológico. Além disso, disse que os demais campos do guia de informações estavam sendo discutidos e seriam definidos em consenso com os atores envolvidos. Dra. **Renê Patriota**, solicitou então ao Dr. Fausto esclarecimento se a cobertura estaria assegurada para atendimento de casos de acidentes de trabalho. Em resposta, Dr. **Fausto dos Santos** disse que o Sistema de Informações não resolveria os problemas relativos à operação no setor e lembrou que a ANS não estava trabalhando com a idéia de o sistema de transação ser obrigatório, mas sim de adesão. Dessa maneira, garantiu que a proposta não tinha por objetivo a substituição dos sistemas que a grande parte das empresas e prestadores possuíam. Por fim, reafirmou que a ANS estava aberta ao diálogo para o aprimoramento do Sistema. Dra. **Neide Barriguelli**, da Farbra, **solicitou que fosse registrada em ata a seguinte proposta dos usuários: supressão dos itens de identificação relativos ao CID-10, constantes das guias de recolhimento de informações.** Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS, sugeriu que fosse retirado das guias de recolhimento de informações o campo relativo ao indicador de acidente. Feitas essas considerações, Dr. **Fausto dos Santos** encerrou a discussão do item, agradecendo a contribuição da assessora-técnica da DIDES/ANS e passou à discussão do item 2 da pauta. **ITEM 2 – ALTERAÇÃO DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 62, DE 20 DE MARÇO DE 2001, QUE DISPÕE SOBRE O RESSARCIMENTO AO SUS** – Dr. **Fausto dos Santos** iniciou a discussão informando que a proposta de alteração da Resolução Normativa nº 62/01, que dispõe sobre o ressarcimento ao SUS, fora apresentada na última reunião da Câmara de Saúde, realizada no dia 03 de junho de 2004, sendo estabelecido um período para o envio de sugestões. Em seguida, passou a palavra ao Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS), Dr. **José Leôncio Feitosa**, que explicou não ter a Diretoria recebido nenhuma sugestão de alteração contrária à proposta apresentada. Desse modo, disse que a idéia era encaminhar a proposta de alteração da Resolução RDC nº 62/01 para definição do Colegiado, de forma a ampliar o ressarcimento ao SUS para as autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APACs) e internações eletivas, conforme determinação da Lei nº 9.656/98. Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, declarou que não ficara claro que haveria um período para manifestações sobre a proposta de alteração da Resolução RDC nº 62/01, mas reiterava sua manifestação na reunião anterior. Na sua opinião, seria necessário equacionar os problemas existentes hoje em relação ao ressarcimento para, em seguida, discutir a ampliação de sua abrangência, conforme proposto pela Agência. Além disso, chamou a atenção para a importância de se discutir o prazo para as

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

295 impugnações e os recursos, tendo em vista que a Agência não vinha
296 publicando o resultado no Diário Oficial. Dr. **Arlindo de Almeida**, do
297 SINAMGE, ressaltou que, a princípio, era contra o ressarcimento ao SUS,
298 justificando que, em outros países, a iniciativa privada, ao cumprir o papel
299 do Estado, era ressarcida e, no Brasil, a proposta era contrária a isso. Na
300 sua concepção, o ressarcimento ao SUS teria que ser feito no caso de
301 urgência e emergência, pela tabela do SUS, nos estabelecimentos próprios
302 do Governo e com a identificação do paciente na porta, para que houvesse
303 a possibilidade de remoção por parte da operadora. Destacou que esse
304 procedimento não deixaria de ser uma espécie de credenciamento
305 universal, sobre o qual as operadoras não teriam controle absoluto, que
306 possibilitaria a captação disfarçada de clientela por parte de hospitais
307 conveniados e públicos. Dr. **Márcio Coriolano**, da FENASEG, reafirmou a
308 posição contrária da FENASEG e da ABRAMGE à proposta de ressarcimento
309 ao SUS. Entretanto, disse que não havia posição única das seguradoras
310 sobre a questão, considerando que algumas pagavam formalmente o
311 ressarcimento e outras optavam pelo recolhimento judicial. O
312 ressarcimento, na sua opinião, apontava para um credenciamento universal
313 que impossibilitaria a negociação de preços e comprometeria o acesso.
314 Chamou também a atenção para o custo operacional já suportado pelas
315 seguradoras, que criaram áreas próprias para o processamento do
316 ressarcimento, e que a ampliação do ressarcimento implicaria em aumento
317 desses recursos. Sugeriu que, caso a proposta da ANS fosse acolhida, os
318 prazos para análise e recursos fossem ampliados. Dr. **Helvécio Miranda**,
319 do CONASEMS, reforçou a sua posição favorável ao ressarcimento, no
320 sentido do cumprimento do Artigo 32 da Lei nº 9.656/98. **Sugeriu que,**
321 **conforme definição do Fórum de Saúde Suplementar, fosse**
322 **instituída uma câmara técnica, com composição ampla, para discutir**
323 **os aspectos relativos ao ressarcimento ao SUS, como a forma de**
324 **pagamento, processamento, prazos, entre outros.** Dr. **Orestes**
325 **Mazzariol Júnior**, da UEME, endossou a colocação do Dr. **Arlindo de**
326 **Almeida**, e, em relação ao ressarcimento, acrescentou que as operadoras
327 de pequenos e médios portes, que juntas correspondem a mais de 50% do
328 mercado, seriam prejudicadas com a proposta. Tendo em vista as
329 dificuldades de operacionalização do atendimento ambulatorial, que, no seu
330 entender, deveria ser papel do Estado e não das operadoras, **ratificou,**
331 **também, a proposta de formalização de câmara técnica para**
332 **rediscutir, entre outros temas, a responsabilidade do Estado em**
333 **relação ao atendimento básico.** Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS,
334 levantou questões anteriores que deveriam ser consideradas no debate
335 sobre o ressarcimento, dentre elas, o financiamento, de fato, para o SUS; o
336 valor pago, por parte do Ministério da Saúde, por um procedimento de alta
337 complexidade; e o preço a ser pago na ocasião do ressarcimento, por parte
338 das empresas. Ressaltou que seria necessário um maior investimento na
339 atenção básica, considerando as dificuldades de acesso ao atendimento
340 ambulatorial no SUS. Disse, também, que seria essencial definir os valores
341 dos ressarcimentos ao SUS, levando-se em consideração, entre outros
342 aspectos, o produto oferecido. Dr. **José Erivalder de Oliveira**, da CUT,
343 manifestou o apoio integral da Central Única de Trabalhadores à iniciativa

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

344 da ANS de propor a alteração da Resolução Normativa nº 62/01, por
345 entender que resgatava o artigo 32 da Lei nº 8.656/98 e ampliava o
346 ressarcimento dos serviços prestados à saúde. Dr. **Pedro Pablo Chacel**, do
347 CFM, lembrou que a Constituição Federal institui o Sistema Único de Saúde
348 e definiu a iniciativa privada como sistema suplementar ao SUS. Nessa
349 linha, defendeu o ressarcimento ao SUS nas situações em que o setor
350 público realizasse serviços de saúde que deveriam ser prestados pela
351 iniciativa privada. Dr. **José Carlos de Moraes**, do Ministério da Saúde,
352 reafirmou, a princípio, a posição favorável do Ministério ao mérito do
353 ressarcimento ao SUS. Acrescentou que seria fundamental promover um
354 debate sobre o Sistema Único de Saúde e a iniciativa privada como forma
355 suplementar de atenção à saúde. Ressaltou que, nos últimos anos, houvera
356 grande investimento público em saúde, com impacto significativo nas
357 condições e na qualidade de vida da população e que, no seu entendimento,
358 o sistema suplementar não deveria atuar na lacuna da dificuldade de acesso
359 do usuário ao Sistema de Saúde. Além disso, endossou a sugestão de
360 promover debate específico sobre os mecanismos de ressarcimento ao SUS.
361 Dr. **Celso Corrêa de Barros**, da UNIMED, abordou a questão do ressarcimento
362 como um dos grandes temas da crise vivenciada no setor de saúde
363 suplementar. Explicou que o sistema UNIMED já havia se posicionado sobre a
364 proposta de alteração da Resolução Normativa nº 62/01, admitindo o
365 ressarcimento ao SUS, em casos de atendimento de urgência e emergência e de
366 realização de procedimento de alta complexidade, quando ficar comprovado que
367 a operadora tinha condições de fazê-lo e, mesmo assim, encaminhou o usuário
368 ao SUS. Acrescentou que o Sistema UNIMED enfrentava, também, o problema
369 do custo operacional. Ressaltou que ampliar o ressarcimento ao SUS sem antes
370 resolver problemas anteriores poderia gerar uma situação ainda mais
371 complicada para o setor suplementar, que vinha enfrentando grandes
372 dificuldades nas relações entre clientes, consumidores, médicos e prestadores.
373 Dr. **José Leônicio Feitosa**, Diretor da DIDES/ANS, ressaltou que o debate
374 sobre o ressarcimento ao SUS era anterior à criação da Agência Nacional e
375 que trazia no seu bojo um conjunto de conflitos éticos, morais e de
376 atendimento. Enfatizou que o Supremo Tribunal Federal havia se
377 posicionado sobre a questão e não cabia desobedecê-lo. Reconheceu que
378 seria necessário rever a forma de pagamento em relação ao ressarcimento
379 e, nesse sentido, ressaltou que a ANS estava aberta para discutir as
380 questões pertinentes ao tema. Disse que na próxima reunião da Diretoria
381 Colegiada da ANS seriam realizados a apresentação e o debate sobre as
382 iniciativas a serem tomadas, pela ANS, em relação ao ressarcimento.
383 Acrescentou, ainda, que não seria tomada nenhuma atitude sem amplo debate.
384 Por outro lado, lembrou que o debate sobre o ressarcimento era inesgotável,
385 por isso, seria necessária a construção de um "consenso pragmático" para o
386 tema. Dra. **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, **solicitou que a ANS**
387 **disponibilizasse os dados sobre a quantidade de titulares dependentes**
388 **atendidos nas unidades do SUS e o montante de recursos gastos pelo**
389 **sistema no atendimento dos mesmos**. Dr. **José Leônicio Feitosa** explicou
390 que a Agência disponibilizaria os dados sobre os impactos econômico e financeiro
391 da proposta para subsidiar o debate sobre o tema. Dr. **Fausto dos Santos**
392 informou que, na última reunião da ANS, fora apresentado balanço sobre o

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

393 impacto da proposta. No entanto, colocou a Agência à disposição para
394 responder às questões levantadas pela Dra. **Maria Inês Dolci**. **Feita essa**
395 **consideração, disse que a Diretoria Colegiada da ANS analisaria as**
396 **contribuições apresentadas pelos integrantes da Câmara e avaliaria**
397 **a possibilidade de reabrir uma consulta pública sobre a alteração da**
398 **Resolução Normativa nº 62. ITEM 3 – DISCUSSÃO SOBRE A**
399 **GARANTIA FINANCEIRA PARA PROVISÃO DE RISCO**, Dr. **Alfredo Luiz**
400 **de Almeida Cardoso**, Diretor da DIOPE/ANS, explicou que o
401 provisionamento financeiro da garantia de risco consistia em uma das
402 garantias financeiras do sistema, propostas pela RDC nº 77/00. Disse que a
403 Resolução Normativa nº 67/04, que trata da diversificação dos ativos
404 garantidores deste provisionamento, determina que a partir de 30 de
405 junho de 2004, as operadoras devem transformar o provisionamento
406 contábil em financeiro. Assim, com base em análises econômicas, a DIOPE
407 está propondo uma adequação dessa transformação de provisionamento
408 contábil em financeiro sob a ótica da liquidez atual do mercado. Acrescentou
409 que a transformação da provisão financeira de 45% seria analisada tendo
410 como contrapartida a apresentação de programas de promoção e prevenção
411 de saúde à Agência. Explicou, ainda, que esses programas, caso fossem
412 aprovados, após análise por parte da DIPRO e DIDES, dariam condições às
413 operadoras de fazer jus a essa transição de provisionamento e teriam
414 impacto positivo na sinistralidade, reduzindo o risco e, conseqüentemente, a
415 necessidade de garantia financeira para provê-lo. Além disso, destacou que
416 somente seria considerada a avaliação dos programas de prevenção e
417 promoção das operadoras que estivessem em dia com as obrigações de
418 envio de relatórios à Agência, conforme previsto em lei. Após esses
419 esclarecimentos iniciais, o **Dr. Alfredo Cardoso** passou a palavra ao
420 assessor-técnico da DIOPE/ANS, **Luiz Cláudio Gomes**, para proceder à
421 explanação da proposta que pretendia diferir o percentual de cobertura da
422 provisão de risco, conforme definida na RDC nº 77/00. O Sr. **Luiz Cláudio**
423 explicou que essa proposta surgira com a publicação da Resolução
424 Normativa nº 67/04, a qual definiu a diversificação dos ativos capazes de
425 cobrir as provisões obrigatórias a serem constituídas pelas operadoras.
426 Esclareceu, ainda, que a RDC nº 77/00 é originária do debate com o
427 mercado em uma Câmara Técnica, realizada pela ANS em 2000, e trata das
428 garantias financeiras que as operadoras devem observar nas suas
429 operações em saúde – a provisão de risco, o Índice de Giro Operacional, a
430 margem de solvência, a provisão para eventos ocorridos não revisados e a
431 provisão por operação. A propósito, falou sobre a provisão de risco,
432 apresentando uma curva que determinava o modo como a provisão deveria
433 ser contabilizada a partir de 2002. Com isso, a ANS estaria oferecendo um
434 tempo maior para que as operadoras possam adaptar os seus fluxos
435 financeiros às suas realidades. Informou que a DIOPE realizava o
436 acompanhamento do mercado por meio das informações enviadas pelo
437 DIOPS, bem como o acompanhamento da contabilização da provisão de
438 risco. Desse modo, a Diretoria, constantemente, observava as dificuldades
439 do mercado, até mesmo, de compatibilizar a provisão. **Luiz Cláudio**
440 informou que a Resolução Normativa nº 67/04 trata da diversificação dos
441 ativos garantidores de reservas técnicas para operadoras não seguradoras

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

especializadas, e estabelece que, a partir de 30 de junho de 2004, as operadoras devem adquirir ativos para cobrir as suas provisões calculadas e contabilizadas nos seus planos de contas, de acordo com a RDC nº 77/00. Destacou que esta diversificação implicava a definição de valores para a utilização de certos ativos, definidos com base em princípios de liquidez, rentabilidade e solvência. Considerou, ainda, que as exigências da Resolução nº 67/04 apontam para a necessidade de maior profissionalização para aquisição, tratamento e manutenção dos ativos garantidores da provisão de risco. Além disso, destacou que a manutenção de uma exigência de difícil exequibilidade poderia dificultar a adequação das operadoras de pequeno porte aos dispositivos da RN nº 67/04 e acarretar um risco sistêmico para o mercado de saúde suplementar. Frente a esse cenário, explicou que a proposta da ANS incluía o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco, no sentido de permitir que as operadoras pudessem adaptar o seu fluxo financeiro às exigências da Resolução nº 67/01. Acrescentou que a contrapartida das operadoras no processo seria a proposição de programas de promoção e prevenção à saúde aos seus beneficiários. Informou que formatos e datas limites para a eficácia destes programas estavam sendo definidos pela DIPRO e que indicadores de desempenho iriam medir a eficácia dos mesmos através do Sistema de Informação de Produtos (SIP). Enfatizou que, futuramente, com o desenvolvimento do TISS, o não atendimento ou a não adesão da operadora implicaria a utilização da cobertura, conforme definido na RDC nº 77. Acrescentou que a proposta não alteraria a curva de contabilidade da provisão de risco prevista na RDC nº 77 e, tampouco, a diversificação dos ativos indicada na RN nº 67, ressaltando que a modificação seria a própria curva de cobertura da provisão de ativos. Finalizou ressaltando que esse diferimento não seria aplicado às operadoras novas que iniciaram a operação a partir da vigência da RDC nº 77. Concluída a apresentação da proposta, Dr. **Fausto dos Santos** abriu a palavra para considerações dos integrantes da CSS. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, ressaltou a importância de se recuperar alguns conceitos concernentes ao tema *garantia assistencial*. Afirmou que, especificamente no setor privado, não bastava apenas ter garantia assistencial; a empresa deveria ter condições de sustentar o seu negócio, em face de uma eventual quebra ou insolvência. Discorreu sobre o conceito de solvência das seguradoras, que inclui a formação de provisões técnicas que garantem os riscos assumidos, e defendeu que esses conceitos devem também se aplicar integralmente às operadoras de planos. Lembrou que as operadoras de planos já tiveram o benefício de constituição diferida das provisões e manifestou preocupação com nova flexibilização de ativos garantidores em um ambiente de dificuldades de solvência de várias operadoras. Discordou da proposta de diferimento do percentual de cobertura de provisão de risco por considerar que regras diferenciadas trariam enorme desvantagem competitiva ao mercado, já que as seguradoras já estão obrigadas a constituir integralmente as provisões e seus ativos garantidores. Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, cumprimentou a ANS pela proposta de diferimento do percentual de cobertura da provisão de risco, uma vez que preservaria principalmente as empresas de pequeno e médio porte, as quais

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

enfrentariam dificuldade de adaptar-se às exigências da RN nº 67/04. Dr. **Celso Corrêa de Barros**, da UNIMED, explicou que as cooperativas, conforme dispõe a legislação, estavam adaptando-se às regras de provisão de risco. Manifestou apoio à proposta da DIOPE, por considerar que objetivava um mercado regulado, com definição das questões de solvência e de garantia. Dr. **Orestes Mazzariol Júnior**, da UEME, também parabenizou a Diretoria da Agência pela iniciativa, comentando que a mesma garantiria às operadoras maior prazo para atingirem os objetivos de segurança em relação aos próprios usuários. Ressaltou que, ao tratar de competitividade do mercado, era necessário considerar a diferença tributária existente entre os vários segmentos – seguradoras, cooperativas e operadoras de planos de saúde. Explicou que a provisão de risco era um objetivo das operadoras, porque permitiria ao mercado trabalhar com mais tranquilidade. Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, mostrou preocupação com a proposta de diversificação dos ativos garantidores da provisão de risco no que diz respeito, especificamente, à odontologia. Por isso, disse que, no caso das cooperativas, deveria ser estudada uma alternativa, inclusive levando-se em conta a infra-estrutura da qual dispõe o cooperado (imóvel, equipamento, entre outros). Dr. **Onécio Silveira Prado Júnior**, da CMB, explicou que o tema em questão preocupava bastante o segmento das Entidades Filantrópicas e Santas Casas, que consistiam no maior suporte de atendimento ao SUS. Acrescentou que o referido segmento era peculiar porque prestava atendimento em locais pequenos, que não possuíam outras alternativas. Nessa linha, disse que seria de fundamental importância garantir a permanência das pequenas operadoras nesses locais, possibilitando a assistência suplementar. Dr. **José Antônio Diniz**, da UNIDAS, destacou que as iniciativas que visavam garantir a solidez financeira do setor eram louváveis e bem-vindas. Contudo, ressaltou que a ANS teria de considerar as peculiaridades dos segmentos integrantes do setor, para não inviabilizar os empreendimentos que buscava proteger. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, explicou que a suposta vantagem fiscal da seguradora seria superada pela diferença que há entre a constituição de provisão técnica, considerando que as operadoras, salvo aquelas criadas após a lei, não precisavam constituir provisão para eventos ocorridos não avisados. Endossou a colocação do Dr. **José Antônio Diniz** em relação à importância das iniciativas que visavam garantir a solidez financeira do setor e à necessidade de se considerar as peculiaridades dos segmentos nesse processo. Enfatizou, ainda, que o intuito da FENASEG não era polemizar, entretanto, declarou que gostaria de saber a posição dos “consumeiristas” em relação à garantia financeira e assistencial. Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, comentou sobre a sugestão do Dr. **Egberto Miranda** quanto a se observar, no caso das cooperativas, a infra-estrutura da qual dispõe o cooperado, destacando que não concordava que isso fosse feito em relação às cooperativas médicas. Dra. **Renê Patriota** solicitou a palavra para comentar a fala do Dr. **Márcio Coriolano**, destacando a expressão “consumeirista” utilizada pelo mesmo em sua fala. Explicou que a segurança financeira das empresas era fundamental para os consumidores, pois o que se buscava era a garantia do atendimento. Após essas considerações, Diretor da DIOPE/ANS, Dr. **Alfredo**, comentou as

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

540 considerações dos integrantes da CSS. Ressaltou, a princípio, que a Agência
541 ansiava pela capacidade de provisão econômico-financeira de todas as
542 1.750 operadoras sob sua jurisdição, todavia, enfatizou que a construção
543 desse processo levava tempo. Acrescentou, ainda, que a ANS não declinaria
544 do papel de zelar pela segurança do mercado e tomaria todas as iniciativas
545 para que isso acontecesse sempre com preocupação de olhar para a
546 realidade do mercado. Disse que a proposta levava em consideração a
547 regulação recente, buscando uma forma de controle expressivo de como as
548 operadoras colocam à disposição do mercado e dos seus consumidores a
549 segurança em termos de seus ativos. Contudo, ressaltou que o debate
550 concernente aos ativos garantidores deveria ser feito em outros fóruns.
551 Destacou, também, que, apesar do diferimento da cobertura, as operadoras
552 pequenas e médias deveriam constituir 20% do aprovisionamento
553 econômico-financeiro, em 2004, na forma de controle a ser regulada em
554 uma Resolução Normativa, que seria discutida oportunamente na Câmara.
555 **Dr. Fausto dos Santos acrescentou que, apesar da urgência, a RN**
556 **seria colocada sob consulta pública, para receber contribuições que**
557 **aprimorassem o instrumento apresentado. ITEM 4 – APRECIÇÃO**
558 **DO BALANÇO DO PROGRAMA DE INCENTIVO À ADAPTAÇÃO DE**
559 **CONTRATO (PIAC) –** A Gerente-Geral Econômico-Financeira de Produtos
560 da DIPRO/ANS, **Mônica Nigri** iniciou a sua apresentação informando que,
561 por determinação do juiz da 1ª Vara Federal da Seção Judiciária, do estado
562 de Pernambuco, desde o dia 30 de junho de 2004, os efeitos do Programa
563 de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC) estavam suspensos e que,
564 diante deste fato, a ANS havia suspenso o recebimento e as autorizações
565 das propostas do Programa. Disse que essa informação fora disponibilizada
566 no *site da* Agência e que fora enviado também informe às operadoras sobre
567 o que estava acontecendo. Acrescentou que, caso a decisão fosse revogada,
568 a ANS informaria os novos procedimentos a serem adotados. Feitos esses
569 esclarecimentos, passou a apresentar as vantagens que seriam oferecidas,
570 de acordo com a Lei nº 9.656: proibição da suspensão ou rescisão unilateral
571 dos contratos, por parte da operadora; proibição da interrupção da
572 internação; e sujeição dos planos antigos às regras da NA, com relação a
573 reajustes e variação por mudança de faixa etária para pessoas com mais de
574 sessenta anos. Explicou que, em função da decisão do Supremo Tribunal
575 Federal (STF), esses benefícios, que haviam sido estendidos aos planos
576 antigos, foram suspensos. Assim, para que os beneficiários de contratos
577 antigos pudessem estar sob a proteção da Lei, a ANS e os Poderes
578 Executivo e Legislativo Federais instituíram o Programa de Incentivo à
579 Adaptação de Contratos (PIAC), que visava, na verdade, incentivar a
580 mudança coletiva dos beneficiários de planos antigos para planos já
581 adequados à Lei, porque a Agência entendia que a adaptação feita de forma
582 coletiva criaria condições especiais de adequação. A Sra. **Mônica** informou
583 que 56% dos beneficiários possuíam planos antigos e 44%, planos
584 adaptados à lei. Explicou que a Resolução nº 64/03 determinava que todas
585 as operadoras deveriam oferecer o PIAC para os beneficiários de planos
586 antigos coletivos ou individuais, a exceção das operadoras exclusivamente
587 odontológicas e das autogestões patrocinadas. Acrescentou que o PIAC
588 apresentava três opções de adequação – *adaptação, migração e*

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

589 *modificação especial*, sendo a mais expressiva a opção de adaptação.
590 Explicou que, somente na excepcionalidade de planos com índice de
591 utilização acima de 90%, poderia ser ofertada exclusivamente a migração e,
592 quanto à modificação especial, disse que era voltada para as operadoras de
593 pequeno porte. Acrescentou que a oferta de propostas para adequação, por
594 parte da operadora, era obrigatória, contudo, o beneficiário poderia optar
595 por aderir ou não à mesma, sendo-lhe garantida a manutenção do contrato
596 original. Explicou que as autorizações para o PIAC começaram em 1º de
597 abril de 2004 e que as operadoras tiveram 20 dias para ofertar aos
598 beneficiários as propostas aprovadas, o que ocorreu a partir do dia 22 de
599 abril de 2004. Ressaltou que, em todas as propostas, os beneficiários
600 teriam 90 dias para se manifestar pela aceitação ou não do PIAC, sendo que
601 o prazo terminaria em 21 de julho de 2004. Informou que a Agência
602 fornecera autorizações para adaptação de planos individuais até ser
603 notificada. Desse modo, até 30 de junho de 2004, dia da notificação da
604 liminar, um total de 550 operadoras haviam obtido autorização. Com
605 relação aos planos coletivos, informou que 128 operadoras tinham obtido
606 autorização e que este procedimento fora dado para índice geral, migração
607 e termo de compromisso, excluindo-se a autorização para índice próprio. No
608 que diz respeito aos planos coletivos empresariais e aos de adesão com
609 instância decisória, concluiu explicando que não necessitavam de
610 autorização prévia da Agência, em nenhum destes casos - *livre negociação*,
611 *migração* e *termo de compromisso* – e que haviam sido concedidas
612 autorizações para 360 operadoras. Dr. **Fausto dos Santos** informou que a
613 Agência ingressara no Superior Tribunal de Justiça (STJ) com um pedido
614 para cassação da liminar que suspendia o PIAC, concedida pela Justiça
615 Federal de Pernambuco, porque entendia que a suspensão trazia prejuízo
616 aos usuários, já que extinguiria a possibilidade de opção para os mesmos.
617 Explicou que a ANS não possuía um balanço das adesões, considerando,
618 que como o processo fora interrompido, os beneficiários não puderam se
619 manifestar. Acrescentou que a Agência estava à disposição para discutir as
620 dificuldades na execução do Programa com os setores interessados. Feitos
621 esses esclarecimentos, abriu as inscrições, solicitando que não houvesse
622 debate sobre o mérito do Projeto, já que o tema fora discutido
623 anteriormente. Dra. **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, manifestou
624 preocupação com a situação das pessoas haviam optado pela adaptação e
625 foram prejudicadas pelo fato de a Resolução nº 78 não lhes contemplar.
626 Chamou a atenção, ainda, para o fato de a decisão do STF não ter incluído
627 benefícios para esses consumidores e ter dispensado as empresas de
628 submeterem os reajustes relativos aos contratos antigos a ANS.
629 Acrescentou que essa decisão não poderia impedir que a ANS
630 desempenhasse o seu papel no que diz respeito aos contratos antigos.
631 Destacou, também, que seria necessário negociar as decisões judiciais,
632 considerando que os consumidores estavam desamparados e não tinham
633 conhecimento do que aconteceria. Por fim, **solicitou que fosse**
634 **disponibilizada súmula das reuniões feitas com as empresas aos**
635 **integrantes da Câmara.** Dr. **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE,
636 perguntou sobre a posição da ANS em relação ao Anteprojeto de Lei da
637 Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), secção de São Paulo, que

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

638 apresentava proposta de índice de reajuste dos planos. Dr. **Joaquim José**
639 **Filho**, da Força Sindical, **sugeriu que a ANS, independente do**
640 **resultado da liminar do Supremo Tribunal de Justiça, elaborasse**
641 **uma cartilha explicativa para o consumidor sobre a questão, com**
642 **linguagem acessível, e que a mesma fosse disponibilizada para**
643 **download, a fim de que as entidades pudessem publicá-la.** Informou,
644 ainda, que a Força Sindical apoiava o Anteprojeto da OAB, seção de São
645 Paulo, salvo algumas emendas. Dr. **Sérgio Augusto de Almeida**, do
646 PROCON/SP, comentou sobre a liminar que resultou na suspensão do PIAC,
647 destacando não ter ficado claro se a decisão deveria ter suspenso o
648 Programa ou tão somente a publicidade, resultando em um impasse sobre a
649 questão. Nessa linha, sugeriu que a ANS tomasse iniciativa no sentido de
650 verificar o alcance da liminar do STJ – suspensão do PIAC ou suspensão da
651 publicidade – com vistas a verificar a possibilidade de o Programa ser
652 retomado. Ressaltou que o PROCON de São Paulo não era contra o
653 Programa e considerava que a publicidade não fora feita de forma clara.
654 Dra. **Renê Patriota** explicou que a ADUSEPS era contrária à migração, por
655 entender que tornaria os contratos inviáveis aos consumidores, pois quem
656 migra perde direitos e ainda passa a pagar mais caro. Dessa forma,
657 defendia a proposta de adaptação, pois esta era capaz de garantir um preço
658 justo para as empresas, os prestadores e os usuários. Enfatizou que a
659 intenção da ADUSEPS era manter o sistema funcionando. O Diretor de
660 Gestão/ANS, Dr. **Gilson Coleman**, afirmou que a suspensão do PIAC fora
661 um equívoco, pois causou enorme prejuízo às pessoas que já haviam
662 adaptado seus planos. Destacou que Agência tem um papel fundamental
663 nesse processo e que vai cumpri-lo, enfatizando a necessidade de trazer as
664 pessoas para o guarda-chuva da Lei 9656. Ressaltou, ainda, que a partir da
665 posição do Superior Tribunal de Justiça, seria necessária nova discussão
666 sobre o processo, por parte da Câmara e da Agência, com enfoque no que
667 poderia ser prejudicial ou não para os beneficiários. Destacou, ainda, que a
668 ANS não declinaria do papel de promover amplo debate sobre a questão
669 com os atores envolvidos, considerando-se o princípio da adaptação que, na
670 sua concepção, configurava-se na melhor alternativa para o processo de
671 adaptação. Dr. **José Antônio de Oliveira**, da UNIDAS, enfatizou que seria
672 necessário conhecer melhor o número de beneficiários de planos de saúde,
673 a fim de verificar melhor a natureza dos problemas. Citou com exemplo o
674 fato de o mercado de saúde suplementar trabalhar com o número de 37,6
675 milhões de pessoas e de o site da ANS exibir o quantitativo de 33,6 milhões
676 de beneficiários de planos de saúde e 4 milhões de planos odontológicos.
677 Comentou que quem tem um plano odontológico também possui um plano
678 de saúde; portanto, a totalidade desses beneficiários estava sendo contada
679 pelo menos duas vezes. Com base na informação de que 56% dos planos
680 eram anteriores a 1998, defendeu a necessidade de se olhar melhor para
681 esses números levando em conta as vantagens oferecidas antes da Lei 9656
682 e as mudanças ocorridas após. Destacou que, como a maior parte dos
683 beneficiários possuía planos coletivos, sugeriu que a ANS deveria desenhar
684 novas estratégias e contar com a participação da CUT, da Força Sindical e
685 de seus sindicatos, com vistas a obter mais sucesso nas negociações de
686 acordos salariais em vez de tentar estimular a adesão a planos individuais.

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

687 Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS, **sugeriu que a ANS orientasse as**
688 **pessoas que migraram e se arrependeram a voltarem ao contrato**
689 **antigo, até que a situação fosse resolvida.** Com base nas considerações
690 feitas pela plenária, Dr. **Fausto dos Santos** esclareceu que o entendimento
691 da Procuradoria da Agência era de que o Projeto, bem como a sua
692 publicidade, estavam suspensos e que a ANS estava recorrendo junto ao
693 STJ. Explicou, ainda, que os números concernentes ao processo da
694 migração, apesar serem parciais, não indicavam um quantitativo expressivo
695 de pessoas que haviam aderido a esse processo. Desse modo, a ANS não
696 descartava a possibilidade de formatar alternativas para resolver os casos
697 de migração, nos quais os usuários desejassem, eventualmente, desistir da
698 opção feita. Feitas essas considerações, passou à discussão do item cinco
699 da pauta. **ITEM 5 – INFORMES SOBRE OS REAJUSTES DOS**
700 **CONTRATOS ANTIGOS** – A Gerente-Geral Econômico-Financeira de
701 Produtos da DIPRO/ANS, **Mônica Nigri** disse que trataria do reajuste por
702 variação de custos dos contratos comercializados anteriormente à vigência
703 da Lei nº 9.656/98. Nesse sentido, explicou que, a partir da decisão liminar
704 do Supremo Tribunal Federal (STF) na ADIn nº 1.931-8/03, suspendendo a
705 eficácia do artigo 35-E da Lei nº 9.656/98, apenas os planos contratados
706 por pessoas físicas, formalizados após a vigência da Lei, e os adaptados à
707 mesma, necessitavam de prévia autorização para aplicação de reajuste. No
708 entanto, a Lei nº 9.961/00, que define a competência legal da ANS de
709 autorizar e monitorar reajustes e revisões, não fora revogada pela decisão
710 do Supremo. Assim, essa atribuição conferida a ANS de forma ampla estava
711 em plena vigência. Por essa razão, a Agência, conjuntamente com o
712 Ministério da Saúde, entrara com uma ação cautelar na 8ª Vara de Justiça
713 Federal e obtivera liminar proibindo algumas operadoras de reajustarem os
714 planos em mais de 11,75%, índice estabelecido pela Agência neste ano, por
715 meio da RN nº 74, para correção dos contratos cobertos pela Lei nº
716 9.656/98. Acrescentou que a Procuradoria, junto com a ANS, argumentara
717 que os reajustes eram abusivos, violando, dessa forma, o Código de Defesa
718 do Consumidor. Desse modo, explicou que, até que houvesse uma nova
719 decisão, as operadoras deveriam enviar boletos com reajuste de até
720 11,75% aos mais de 500 mil clientes envolvidos na questão. Disse,
721 também, que a Agência aplicara multas nas operadoras que impuseram
722 reajustes em desacordo com a Súmula Normativa nº 5/03 - que determina
723 que, para os planos contratados e formalizados por pessoas físicas
724 anteriores a Lei, vale o disposto nos instrumentos contratuais -, e com a
725 Resolução nº 74/04. Lembrou que essa Resolução determina que, caso a
726 cláusula não indique expressamente o índice de preços a ser utilizado para
727 reajustes das contraprestações pecuniárias e que caso haja omissão do
728 critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo
729 do reajuste, deve ser adotado o percentual de reajuste divulgado pela ANS.
730 Em síntese, disse que o cenário, após a decisão do STF, estava da seguinte
731 forma: necessitam de autorização prévia somente os planos novos; para os
732 planos antigos, vale o estabelecido em contrato e quando não houver
733 cláusula extremamente clara, vale o percentual de 11,75%; e para os
734 contratos firmados anteriormente à Lei, vale o estabelecido em contrato,
735 com essa ressalva. Acrescentou que, antes da decisão do Supremo, todos

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

os planos individuais, independentes de serem novos ou antigos, necessitavam de autorização prévia. Já os planos coletivos, contratados por pessoas jurídicas, desde a primeira resolução publicada pela Agência, teriam os reajustes monitorados por parte da mesma. Dr. **Fausto dos Santos** explicou que o entendimento da ANS era de que todas as alternativas para a solução do problema eram válidas, no entanto, não existiam soluções simples para problemas complexos, referindo-se à proposta da OAB/SP. Por outro lado, disse que, caso a OAB/SP chegasse a um acordo sobre o índice de reajuste, certamente a ANS não apresentaria obstáculos à solução do problema. Além disso, destacou que haviam sido discutidas, anteriormente, no Fórum de Saúde Suplementar, propostas nos moldes daquela apresentada pela OAB e que não se chegara a nenhum consenso. Dr. **André Luiz L. dos Santos**, do PROCON/SP, explicou que havia consenso sobre a necessidade de ingresso dos consumidores na nova regulamentação. No entanto, disse que seria necessário discutir uma nova forma de adaptação, em função das críticas apresentadas ao processo, levando-se em consideração o Estatuto do Idoso e as Resoluções Normativas nºs 63 e 64, consideradas como “nós críticos da questão”. Reiterou, ainda, a importância de continuar com o processo de negociação. Dra. **Maria Inês Dolci**, da PRO TESTE, ressaltou que a ANS não deveria esperar o resultado das decisões judiciais para iniciar o processo de pactuação, a fim de evitar iniciativas simplistas como a da OAB. Dr. **Egberto Miranda**, da UNIODONTO, opinou que, a despeito da consideração do Dr. Fausto, coube à Agência criar uma solução simples para um problema tão complexo quanto o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. A simples limitação dos reajustes, nos termos da Súmula 5 e art. 3º da RN nº 74, sem levar em consideração a peculiaridade da operadora, acarretará problemas futuros se não houver a possibilidade de reequilibrar financeiramente os planos. Ressaltou que seria **necessário realizar a revisão técnica dos contratos antigos de modo a equacionar os desequilíbrios**, considerando todas as suas causas: inflação, aumento de utilização, má administração, incorporação de novas tecnologias etc. **Além disso, sugeriu que a ANS definisse, urgentemente, uma Câmara Técnica para discutir esse assunto.** Dr. **Fausto dos Santos** informou que a Agência promovera negociações sobre os reajustes com as empresas e abria a discussão com os órgãos de defesa do consumidor, no sentido de definir acordos. Além disso, estava realizando reuniões com a participação do Ministério da Justiça e de empresas, com vistas a buscar alternativas para solucionar a questão. Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS, enfatizou que a ANS, juntamente com o Ministério da Saúde, entrara com ação cautelar para ampliar os benefícios das ações em todo o país, no entanto, não reconheceu a liminar em Pernambuco, onde o aumento para a seguradora Sul América fora de 0%. Nessa linha, solicitou que o Ministério da Saúde considerasse a questão do reajuste da Sul América na ação judicial, por conta do conflito que estava acontecendo naquele estado. Além disso, dirigindo-se ao Dr. **Pedro Fazio** perguntou se a Brasil Seguros e a Sul América eram a mesma empresa. Indagou, ainda, se as corretoras ficavam com o percentual de reajuste sobre os planos não administrados. Por fim, solicitou que a ANS, considerando a sua função,

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

785 desistisse do recurso impetrado no STJ para retomar o Programa. Dr.
786 **Arlindo de Almeida**, do SINAMGE, explicou que houvera, por um lado,
787 pedidos de reajustes bastante elevados, e, por outro, pedidos relativamente
788 lógicos e baixos. Assim, sugeriu que fosse feita negociação com a ANS a
789 respeito dos reajustes nos locais onde não existiam liminares. Além disso,
790 propôs que a ANS convidasse a Ordem dos Advogados do Brasil e as
791 empresas para discutirem a questão. Dr. **Pedro Antônio Fazio**, da
792 FENASEG, fez uso da palavra para destacar que a Câmara de Saúde
793 Suplementar não era o fórum apropriado para discutir o caso específico de
794 cada empresa, referindo-se a empresa Sul América na qual trabalhava,
795 citada nominalmente. Em seguida, Dr. **Fausto dos Santos** comentou o
796 problema das cláusulas dos planos de saúde, explicando que a grande
797 maioria delas era antiga e não expressava, com clareza, o formato da
798 aplicação do reajuste. Acrescentou que o STF havia autorizado a aplicação
799 das cláusulas absolutamente expressas no contrato e que não causassem
800 dúvidas na sua aplicação, assim, a ANS não tinha como fazer nenhuma
801 contestação do ponto de vista legal. Ressaltou que o esforço da ANS,
802 naquele momento, junto com o Ministério da Justiça, com as empresas e
803 Órgãos de Defesa do Consumidor, era no sentido de definir um
804 entendimento único sobre uma parte das cláusulas. Por fim, destacou que,
805 tanto para a Agência quanto para o Governo, o índice de reajuste era de
806 11.75%, de uma forma geral. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão
807 do item 6 da pauta. **ITEM 6 – DISCUSSÃO DA POLÍTICA DE REAJUSTES**
808 **PARA O PERÍODO 2005/2006** – Dr. **Fausto dos Santos** explicou que a
809 sugestão da ANS era antecipar a discussão sobre a política de reajustes
810 para o período 2005/2006. Para isso, seria necessário rever a sistemática
811 de debate utilizada, considerando que a metodologia utilizada até então de
812 discutir o tema em Câmaras Técnicas, com elevado número de participantes
813 não era a mais viável, pois as pessoas tenderiam a reafirmar posições
814 anteriores. **Nessa linha, disse que a proposta da ANS era constituir**
815 **um grupo técnico, composto por representantes dos segmentos**
816 **envolvidos na questão (prestadores, profissionais de saúde,**
817 **operadoras, consumidores e técnicos da Agência), com o propósito**
818 **de discutir a política de reajustes, realizando simulações, exercícios**
819 **e acompanhando as informações disponíveis.** Ressaltou que o banco
820 de dados fornecido por todos os interessados fora um dos dificultadores na
821 definição da política de reajustes em 2004, pois se perdia a especificidade e
822 passava a trabalhar com vieses muito amplos. Explicou que o grupo técnico
823 traria os resultados dos seus trabalhos para serem debatidos na Câmara.
824 Apresentada a proposta, solicitou sugestões aos presentes. Dr. **Egberto**
825 **Miranda**, da UNIODONTO, explicou que as cooperativas necessitavam de
826 uma outra metodologia para análise de planilhas, já que, por princípio, as
827 cooperativas mantêm o equilíbrio às custas da redução de remuneração do
828 cooperado. A permanecer como está, sem essa percepção pela DIPRO, o
829 cooperado será desestimulado com a queda de remuneração e a operadora
830 deixará de existir. **Sugeriu que a análise levasse em conta a projeção**
831 **de melhorar a remuneração do prestador, no futuro, e não somente**
832 **o desequilíbrio, no passado.** Dr. **Celso Corrêa de Barros**, da UNIMED,
833 chamou a atenção para o agravamento da crise do setor de saúde

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

suplementar. Afirmou que a proposta apresentada pela nova Diretoria era muito boa, mas enfatizou que essa crise já vinha se configurando ao longo do tempo, fazendo referência aos equívocos da política de reajustes da Agência em anos anteriores. Considerou que, tanto o Ministério da Saúde, o Governo, a Agência e demais atores envolvidos deveriam tratar a situação com seriedade, tendo em vista o descompasso entre os reajustes nos custos de procedimentos de alta complexidade, de órteses e próteses, os custos hospitalares de internação e a remuneração paga aos médicos. Nessa linha, endossou a proposta de grupo técnico para discutir o tema, levando-se em consideração a necessidade de mudar algumas práticas, a fim de que o setor possa ter alguma sobrevida. Dr. **Márcio Serôa Coriolano**, da FENASEG, reforçou as preocupações colocadas pelo Dr. **Celso Corrêa** e sugeriu que o grupo técnico discutisse, inicialmente, conceitos e premissas, desde a liberação total de preços até a manutenção da política atual e, posteriormente, questões específicas como a base de dados para apuração dos reajustes e suas características. Dra. **Renê Patriota**, da ADUSEPS, destacou o aumento de procedimentos de alta complexidade realizados, chamando a atenção para o problema da realização de procedimentos desnecessários. Desse modo, solicitou que o Conselho Federal de Medicina se pronunciasse sobre a questão. Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, ressaltou que a política da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) era de estimular a comunicação das distorções de natureza ética ou de motivações de natureza não clínica ao Conselho Ético, órgão competente para tratar de tais questões. Informou, ainda, que a AMB e o CFM haviam definido um conjunto de diretrizes para normatizar melhor a prática médica. Além disso, relatou que os referidos órgãos, juntamente com sociedades de especialidades, haviam constituído Câmaras Técnicas, com o apoio da vigilância sanitária, para analisar e definir materiais de boa qualidade com custos menores, destacando que essas iniciativas contribuiriam para coibir abusos. Dr. **Pedro Pablo Chacel**, do CFM, acrescentou que possíveis irregularidades na prática médica deveriam ser denunciadas ao Conselho Regional de Medicina, a fim de serem julgadas. Ressaltou, ainda, que a inovação tecnológica (próteses, órteses, entre outros materiais) repercutia no custo dos procedimentos. Por fim, reiterou que as entidades médicas estavam à disposição para debater a questão. Dr. **Fausto dos Santos encerrou a discussão do item com o seguinte encaminhamento: a Agência consultaria os diversos segmentos envolvidos no assunto, no sentido de definir a composição do grupo técnico e iniciar, de imediato, a discussão sobre a política de reajustes para o próximo ano.** **ITEM 7 – OUTROS ASSUNTOS DE INTERESSE GERAL – 1) PROPOSTA DE CRIAÇÃO DA CÂMARA DE CONCILIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ANS** – Dr. **Fausto dos Santos** informou que fora distribuído aos integrantes da Câmara uma proposta preliminar sobre a criação da Câmara de Conciliação e Arbitragem no âmbito da ANS, elaborada pela Central Única dos Trabalhadores (CUT). Explicou que, após análise preliminar, a Agência considerou a proposta consistente, e por isso, daria início ao processo de discussão, de recolhimento de contribuições e de definição de um grupo técnico para aprofundar o estudo das questões

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

883 técnicas, jurídicas e políticas da proposta. Feitas essas considerações,
884 passou a palavra ao Dr. **José Erivalder de Oliveira**, da CUT, para
885 exposição dos princípios que nortearam a elaboração da proposta. Dr. **José**
886 **Erivalder** explicou, de início, que a proposta referia-se à criação de Câmara
887 de Conciliação e Arbitragem, no âmbito da Agência Nacional de Saúde
888 Suplementar, com a finalidade de conciliar e julgar conflitos de interesse
889 coletivo e individual entre operadoras de planos privados de assistência à
890 saúde, incluindo seguradoras especializadas e prestadores de serviços de
891 saúde (profissionais de saúde e pessoas jurídicas). Acrescentou que a
892 proposta fora formulada pelo Departamento Jurídico do Sindicato dos
893 Médicos de São Paulo, junto com a Central Única dos Trabalhadores (CUT),
894 no sentido de resolver os freqüentes conflitos entre as operadoras de planos
895 de saúde e os prestadores de serviço, em particular, os médicos. Explicou
896 que havia Câmaras de Arbitragem e Conciliação funcionando de forma
897 adequada em vários lugares, em particular na Europa, com resultados
898 bastante positivos. Ressaltou que a proposta de criação da Câmara de
899 Arbitragem é uma contribuição inicial para discussão no âmbito da CSS e da
900 ANS. Ressaltou que a criação dessa Câmara implicaria uma alteração do
901 Parágrafo Único, artigo 5º da Lei nº 9.961/00 e a inclusão de novo artigo
902 nos seguintes termos: “Art. 13-A. A Câmara de Conciliação e Arbitragem
903 será presidida pelo Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar e
904 composta por árbitros indicados pelas seguintes entidades: (segue lista das
905 entidades a serem indicadas)”. Disse que, após a previsão legal, seria
906 necessário adaptar o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde para
907 incorporar a nova Câmara, dispondo sobre a forma de indicação dos
908 árbitros, cobrança ou não dos serviços e remuneração ou não dos árbitros.
909 Além disso, destacou que seria necessário recomendar às partes a inclusão
910 da seguinte cláusula nos seus respectivos contratos: “Qualquer divergência,
911 controvérsia ou litígio decorrentes da interpretação ou execução deste
912 contrato, deverá ser resolvido por meio da mediação ou arbitragem da
913 Câmara de Conciliação e Arbitragem da Agência Nacional de Saúde
914 Suplementar, nos termos do seu regulamento.” Em seguida, ressaltou que
915 seria necessário aprovar o Regulamento Arbitral. Dr. **Fausto dos Santos**
916 explicou que não seria aberto debate sobre a proposta naquele momento,
917 mas **solicitou que as instituições integrantes da Câmara enviassem**
918 **contribuições para serem discutidas posteriormente com a ANS. 2)**
919 **RESOLUÇÃO Nº 71** – Dr. **Samir Dahas Bittar**, da AMB, falou sobre o
920 produto da Resolução 71, que versa sobre a contratualização de médicos e
921 operadoras. Explicou que havia grande expectativa em relação à Resolução,
922 em especial, no que diz respeito ao estabelecimento de parâmetros justos
923 nesta relação. Comentou que frente às peculiaridades do mercado, a
924 Resolução não seria suficiente para alcançar tal objetivo e chamou a
925 atenção para a grave situação das contratualizações, destacando que a
926 representação dos médicos não era procurada, por parte das operadoras,
927 para discutir uma base de contrato e chegar a um consenso. Destacou que
928 muitos contratos apresentados pelas operadoras iam de encontro ao
929 disposto na Resolução nº 71 e acrescentou que a categoria médica
930 reivindicava parâmetros justos para os contratos, com garantia de reajustes
931 e dos direitos profissionais. Em face desse cenário, **solicitou, em nome da**

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

932 **Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de**
933 **Medicina (CFM), que o prazo para o debate sobre a contratualização**
934 **fosse estendido até dezembro de 2004.** Além disso, **ênfatisou a**
935 **importância da definição, por parte da Agência, de parâmetros**
936 **específicos para contratos, a fim de evitar que a situação persista.**
937 **Dr. José Erivalder, da CUT, ratificou a importância de a nova diretoria**
938 **da ANS discutir e rever a questão da contratualização, considerando**
939 **que os contratos eram impostos de forma unilateral, por parte das**
940 **operadoras, ao profissional médico.** Também endossou a proposta de
941 prorrogar o prazo para o debate, a fim de possibilitar a negociação sobre as
942 questões relativas à contratualização. **Dr. José Antônio Diniz de Oliveira,**
943 **da UNIDAS, sugeriu que o tema da contratualização fosse ponto de**
944 **pauta para a próxima reunião da ANS.** **Dr. Pedro Pablo Magalhães**
945 **Chacel, do CFM, solicitou que a ANS encaminhasse, por escrito, resposta ao**
946 **Conselho Regional de Medicina relativa a questionamento acerca da**
947 **terceirização de serviços de uma operadora para outra. ENCERRAMENTO –**
948 **Nada mais havendo a tratar, Dr. Fausto dos Santos encerrou os trabalhos**
949 **da reunião, informando que a direção da Agência daria encaminhamento às**
950 **questões definidas na reunião e agradecendo a presença de todos.**

951 Agência Nacional de Saúde Suplementar

952 Ministério da Saúde

953 Ministério da Fazenda

954 Ministério da Justiça

955 Ministério da Previdência e Assistência Social

956 Associações de Consumidores de Planos Privados e de Assistência à Saúde – ADUSEPS

957 Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde - PRO TESTE

958 Associação Médica Brasileira – AMB

959 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB

960 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS

961 Confederação Nacional do Comércio – CNC

962 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN

ATA DA TRIGÉSIMA QUARTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, DE 10/08/04

- 963 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 964 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
- 965 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 966 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 967 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 968 Empresas de Odontologia de Grupo – SINOGE
- 969 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA
- 970 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 971 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 972 Fundação PROCON - São Paulo (1ª vaga)
- 973 Fundação PROCON – São Paulo (2ª vaga)
- 974 Força Sindical
- 975 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS
- 976 Central Única dos Trabalhadores - CUT
- 977 Conselho Federal de Medicina - CFM
- 978 Associação Franco Basaglia - AFB
- 979 Confederação Nacional da Indústria - CNI