

QUINQUAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR
26/06/08 - RIO DE JANEIRO/RJ

ATA DA QUINQUAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA DE
SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS

ABERTURA – Às dez horas do dia vinte e sete de junho do ano de dois mil e oito, no Salão Dourado do Hotel Glória, situado na Rua do Russell, 632, Glória, na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quinquagésima Segunda Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº. 9.656, de 3 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. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **Hésio de Albuquerque Cordeiro**, Diretor de Gestão (DIGES/ANS); Dr. **Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**, Diretor de Normas de Habilitação das Operadoras (DIOPE/ANS); Dr. **Eduardo Menezes Meireles**, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Dr. **Aloísio Tibiriçá Miranda** e Dra. **Nelcy Ferreira da Silva**, do Conselho Federal de Medicina (CFM); Dr. **Benício Paiva Mesquita** e Dr. **Francisco Miccione**, do Conselho Federal de Odontologia (CFO); Dra. **Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia**, do Conselho Federal de Enfermagem; (COFEN); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão**, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano** e Dr. **Adriano Mattheis Londres**, da Confederação Nacional do Comércio (CNC); Dr^a. **Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, pelo Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Dr. **Arlindo de Almeida** e Dr. **Reinaldo Camargo Scheibe**, do SINAMGE, pelas Empresas de Medicina de Grupo; Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, da UNIMED, pelas Cooperativas de Serviços Médicos da Saúde Suplementar; Dr. **Antônio Ielmo Capel Alarcon** e Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO, pela Cooperativa de Serviços Odontológicos; Dr. **Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, da Defesa do Consumidor, PROCON/SJC; Dra. **Ana Luisa Godinho Ariolli** da PRO TESTE, pelas Associações de Consumidores de Planos de Saúde; Dra. **Vera Lúcia de Vita**, da AFB, Dra. **Rosângela da Silva Santos**, da FARBRA, pelas Entidades de Portadores de

Deficiência e de Patologias Especiais; Dra. **Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, pela Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde; Dr. **Bruno Eduardo dos Santos**, Ministério da Fazenda; Dra. **Solange Beatriz P. Mendes** e Dr. **Márcio Serôa Araújo Coriolano**, FENASEG, pela Federação das Associações das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização; Dra. **Maria Ester Veras Nascimento** e Dr. **Eduardo Menezes Meireles**, Ministério da Previdência e Assistência Social e Dr. **João Carlos Magalhães** e Dra. **Rita Vereza**, do COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

ASSUNTOS GERAIS – Ao abrir a reunião da 52ª Reunião da CSS, Dr. **Fausto dos Santos** cumprimentou o representante internacional da ANS, Dr. José Carlos Abraão e comunicou que, em face dos aeroportos estarem fechados para pouso e por razões meteorológicas, alguns representantes não puderam chegar à reunião e justificou a ausências da Suplência CNS e do representante da FBH e da CMB.O CONASS e CUT, por compromissos profissionais assumidos anteriormente. Na sequência, apresentada a ata da reunião, já com as devidas alterações sugeridas pela Dra. Marília Ehl Barbosa e Dr. Arlindo de Almeida, sem com que nenhuma outra sugestão fosse apresentada, ele declarou aprovado o documento. A seguir, lembrou os presentes do cronograma de reuniões já agendados, solicitando que, para a reunião do dia 1º e 2 de julho, p.f., a se realizar no Othon Palace Hotel, indiquem com a maior brevidade possível as representações. Dra. **Josefa Rennê Santos Patriota**, da (ADUSEPS), se manifestou no sentido de que a ANS aumente a verba de despesas, uma vez que esta encontra-se insuficiente, com o que Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Presidente da ANS, esclareceu a inviabilidade, já que as verbas são todas patrocinadas pelo Governo, com preços fixos, não cabendo a ANS essa discricionariedade. Invertendo-se a pauta, passou-se aos informes, esclarecendo que a ANS patrocinou o Seminário Internacional para avaliação dos dez anos da lei 9.656, o qual trouxe experiências interessante e ricas, contando com 967 inscrições, mais de 13 mil acessos pela internet, em tempo real, com a presença ainda de 21 palestrantes internacionais e 21 nacionais, havendo, também, participação das instituições do Governo, Casa Civil, da Fazenda, do Planejamento, Ministério da Saúde, inclusive com a participação do Ministro e da Secretária Executiva. O evento foi

patrocinado pela CONASEM e contou com a presença de representantes dos segmentos mais significativos, transcorrendo-se diversos eventos debatendo referida lei. Diante dessa avaliação positiva, propõe-se novo Seminário para 2015, ou até já para 2010 ou 2011. Informou, ainda, sobre a realização da Câmara Técnica da Portabilidade. Dada a palavra ao **Dr. Alfredo José Monteiro Scaff**, este cientificou a todos que a próxima Câmara Técnica ocorrerá no dia 06 de agosto, no Rio de Janeiro. **Dr. Fausto Pereira dos Santos**, Presidente da ANS, reiterou a urgência na indicação dos representantes com a maior brevidade possível, para que possam receber o material antecipadamente à Câmara Técnica de Qualificação, que ocorrerá na semana seguinte. Convidou a todos para a posse de Dra. Marília Ehl Barbosa como Presidente da CAPESESP, no dia 1º de julho, às 15h00, parabenizando-a pelo cargo, bem como frisando de que a Câmara mostra sua representatividade com a assunção de seus membros a diversos postos de representação.

ITEM I – PROPOSTA DE PORTABILIDADE –MAIS SAÚDE

Dr. João Matos, da ANS, iniciou sua apresentação esclarecendo que nesta data apresentará apenas um resumo do que foi apresentado na última Câmara Técnica de Portabilidade. Esclareceu que este projeto não é um isolado aos outros, no entanto, a agência está voltando as suas prioridades no sentido de desenvolver uma série de projetos e trabalhos que concorrem para aumentar o estímulo à competição, e o nível de informação por parte dos beneficiários. Segundo ele, a agência já está em um grau de maturidade bastante elevado no que diz respeito à regulação e controle financeiro das operadoras, discorrendo que esta não é uma tarefa que se encerrou, mas, sim, que está em manutenção, acreditando que a agência já atingiu um grau de maturidade bastante considerável e, no que diz respeito aos aspectos técnicos assistenciais, também já é uma fase de consolidação, de maturação. Disse que já existe a questão do rol, e de uma série de regulamentos no sentido de padronizar e fortalecer este aspecto técnico assistencial e, agora, num terceiro momento em que é o período exatamente onde a ANS, insere este projeto de mobilidade e Portabilidade, a questão da acreditação, da qualificação das

94 operadoras, e do fundo garantidor, que também é um projeto que está inserido no
95 contexto do PAC, refletem a preocupação da ANS no sentido de aumentar a concorrência,
96 aumentar a transparência e aumentar o nível de informação ao beneficiário. No que diz
97 respeito ao projeto da Portabilidade, a grande preocupação desde que começaram a
98 desenvolver este projeto, foi procurar transformar esta atividade em um processo onde
99 todos os atores sociais envolvidos percebam uma melhoria para o sistema de saúde
100 suplementar. No que diz respeito aos beneficiários, é evidente o ganho que terão com a
101 implantação da mobilidade com Portabilidade. Esclareceu que hoje o beneficiário que
102 deseja trocar de plano de saúde, que deseja trocar de operadora, tem uma limitação
103 natural nesta troca por conta do chamado custo de transação, que o impede de fazer, de
104 exercer esta troca com total mobilidade. Então, o fato da implantação de um projeto de
105 mobilidade, com Portabilidade, naturalmente conferirá a este beneficiário essa
106 possibilidade, não só de mobilidade, mas também na expectativa de novas ofertas de
107 mercado, na medida em que as operadoras, agora, vislumbrando um potencial novo, um
108 nicho novo do mercado, poderá ser mais agressivo sob o ponto de vista das suas ofertas,
109 tentando atrair aqueles beneficiários que estão associados a outras operadoras. Neste
110 sentido, com o aumento da concorrência e a redução do preço e, deverá garantir
111 também aos beneficiários de maior risco a possibilidade de migração para uma outra
112 operadora, frisou que a Portabilidade em alguma medida já existe para os beneficiários
113 considerados de menor risco, muito embora, mesmo para estes beneficiários de menor
114 risco, este estatuto não é garantido em sua plenitude, porque não existe do ponto de
115 vista normativo, algo que garanta a este beneficiário a possibilidade de mobilidade com
116 Portabilidade. No que diz respeito aos prestadores, disse que na medida em que este
117 mercado se dinamize, é evidente a possibilidade de ampliação de novos convênios ou
118 novos contratos, bem como a redução das inadimplências, na medida em que este
119 mercado se consolide, que se tenha operadoras mais robustas sob a visão Econômica
120 Financeira. Do ponto de vista do Estado, frisou a importância da adoção da Portabilidade
121 como um fator de visibilidade da ação do Poder Público e, também, a possibilidade da

122 redução do chamado mundo velho, na medida em que a Portabilidade possibilite aos
123 contratos do chamado mundo novo essa mobilidade. Esclareceu que a expectativa é de
124 que haja uma maior transição do mundo velho para o mundo novo, além da possibilidade
125 do desenvolvimento de novos mecanismos de gestão. No que concerne à parte do
126 Estado, a possibilidade de desenvolver maiores e novos mecanismos de gestão, da
127 visibilidade, reduzir o número de reclamações e etc., e no que diz respeito às
128 operadoras, estas ganharão com a Portabilidade, principalmente as que desejarem
129 aumentar seu “Market Share”, e que desejarem ter uma postura mais agressiva no
130 sentido de ampliar sua carteira de beneficiários. Diz acreditar que isso seja uma grande
131 oportunidade para estas operadoras que pretendam elevar a sua participação, bem como
132 a possibilidade de novos beneficiários entrantes, na medida em que se tenha um
133 mercado mais flexível, além da perspectiva de se ter, futuramente, um controle da
134 política de reajuste menos rígido. Questionado sobre o controle menos rígido, Respondeu
135 que à medida em que os beneficiários tenham uma maior mobilidade, as restrições do
136 ponto de vista do controle de reajuste de preço tendem a se tornar mais flexível.
137 Informou que este é um projeto que foi estabelecido pelo Ministério da Saúde, na esfera
138 do PAC Saúde, e foi então estabelecido um cronograma, mostrado na primeira Câmara
139 Técnica. A expectativa é de haver, mais uma reunião da Câmara Técnica, e m relação ao
140 cronograma, este tem sido cumprido dado que se tem percorrido todas as etapas,
141 estudaram a experiência de outros países, fizeram um levantamento dos estudos que já
142 foram elaborados sobre este assunto, desenvolveram parcerias com alguns órgãos do
143 governo, Ministério da Fazenda e IPEA, no sentido de procurar desenvolver estudos que
144 dêem um suporte técnico à questão da Portabilidade. Estudaram também, uma
145 classificação dos produtos que serão escopo para a operacionalização. Apresentou,
146 rapidamente, o resultado que obtiveram em cada uma delas. Em relação ao item 1.2,
147 estudaram a experiência de alguns países no que diz respeito à Portabilidade, e desses
148 países, em linhas gerais, chegaram à conclusão de que a idéia da implantação da
149 Portabilidade não é algo que só exista no Brasil, é algo que já existe em outros países do

150 mundo, embora nenhum país do mundo tenha um sistema de saúde exatamente idêntico
151 ao nosso. Se por um lado não é algo que seja novidade, por outro lado não existe
152 nenhuma experiência que se possa copiar fielmente e trazer para o Brasil, porque são
153 casos diferenciados. Deu como exemplo a Alemanha, explicando que o sistema de saúde
154 privado é relativamente pequeno em relação ao conjunto de serviços de saúde total, mas
155 que lá existe um Estatuto de que não se poder negar a filiação à saúde, mesmo para
156 pessoas de alto risco e mesmo quanto à mudança de planos coletivos para planos
157 privados. Já nos Estados Unidos a organização é outra, o sistema é essencialmente
158 privado, há alguma coisa no sentido de seleção de risco que é praticado pelo mercado,
159 mas há também todo um conjunto de regras e normativos que regulamentam esta
160 questão da Portabilidade. Esclareceu que nos estudos do Ministério da Fazenda apareceu
161 um conceito idêntico com nome de arbitragem intertemporal, que, segundo o conceito
162 econômico fornecido pelo Ministério da Fazenda, é de que o indivíduo que cumprir a
163 carência numa determinada fase da vida, reservar o cumprimento daquela carência, e
164 voltar ao sistema muito tempo depois, já numa faixa etária mais elevada, fazendo o
165 exercício da opção da mobilidade para Portabilidade, porém, em condições de risco
166 diferenciado em relação àquelas que ele tinha no momento da carência. No caso dos
167 Estados Unidos há um período de 63 dias para que o beneficiário possa exercer este
168 direito de portar estas carências. No caso da Austrália é parecido. Nos três casos
169 estudados profundamente, nos casos da Alemanha, Estados Unidos e Austrália, a
170 Austrália talvez seja o sistema que se pareça mais com o nosso, mas certamente
171 também guarda muitas diferenças. Exemplifica dizendo que no caso da Austrália a
172 regulamentação técnica e assistencial é muito flexível e muito frouxa. Então o nível de
173 segmentação daquele sistema é praticamente pleno, o que neste sentido, até dificulta
174 muito as regras de Portabilidade que são adotadas. Mas ainda assim, na Austrália,
175 apesar de toda esta miríade de segmentações de atendimento, ainda assim, eles
176 conseguiram fazer um sistema de Portabilidade. E nos casos onde há um downgrade ou
177 nowngrade, (downgrade ou nowngrade, que espelha exatamente esta transição entre

178 planos, quando se sai do plano A e vai para o plano B, se está no plano B e é inferior ao
179 plano A, do ponto de vista de preço, rede, atendimento, etc. estar-se-á fazendo um
180 downgrade. Se o plano A é similar ao plano B, diz-se que se está fazendo um
181 nowngrade; se o plano A é inferior ao plano B, se está fazendo também um upgrade)
182 Então, segundo Dr. João Matos, este conceito extraiu-se da experiência australiana, ou
183 seja, nos casos de nowngrade e downgrade a mobilidade é total, nos casos de upgrade
184 esta Portabilidade é parcial e é condicionada ao tipo de segmentação que existe naquele
185 plano. Exemplificou que se o sujeito fez lá um Seguro Saúde para enfarto, ele deseja
186 mudar para outro plano, pode até ir para um plano que tenha uma cobertura mais
187 ampla, mas a Portabilidade dele, neste caso, só vai valer para as doenças
188 cardiovasculares. Então, apesar de toda essa miríade de segmentações que o sistema
189 australiano tem, ainda assim lá eles conseguiram colocar a regra de Portabilidade em
190 funcionamento. Em relação ao item 1.3, as parcerias desenvolvidas com outros órgãos
191 do governo – IPEA e SEAE do Ministério da Fazenda – frisou que selecionou três slides
192 que, entendendo que são os melhores momentos do que foi apresentado, no caso do
193 Ministério da Fazenda eles trouxeram um conceito muito importante, que é a idéia de se
194 buscar, se procurar um equilíbrio entre duas das chamadas falhas de mercado que
195 podem ocorrer pela existência ou pela não existência de um mecanismo de mobilidade
196 com Portabilidade. Então, quando não se tem a mobilidade com Portabilidade, a falha de
197 mercado que prevalece, a falha de mercado que surge é a barreira à mobilidade, a
198 barreira à saída do beneficiário do plano. Então, diz-se conceitualmente que se está
199 diante de um custo de transação. Agora, por outro lado, se essa mobilidade for levada ao
200 extremo, ela pode suscitar aquilo que na teoria econômica se chama de comportamento
201 oportunista ou risco moral, propiciando que, eventualmente, beneficiários mal
202 intencionados pratiquem algum tipo de seleção adversa no sentido de cumprirem, por
203 exemplo, carência em planos de mais baixo valor, de mais baixo custo e, eventualmente,
204 arbitrarem, no momento em que estiverem doentes, se precisarem, um plano mais
205 elevado. Esclareceu que o certo seria um comportamento mais oportunista que, também

206 do ponto de vista dos estudos fornecidos por esta parceria com o Ministério da Fazenda,
207 há uma falha de mercado que também precisa ser combatida, precisa ser mitigada. Em
208 relação então ao objetivo de se reduzir estes custos de transações, custo de transação
209 que o beneficiário tem para mudar de plano, disse que este estudo do Ministério da
210 Fazenda elenca cinco diferentes categorias de custo de transação e que alguns desses
211 custos de transação eles, infelizmente, não podem ser reduzidos. Por exemplo, a curva
212 de aprendizado que o beneficiário tem para usar um novo plano. Saiu de um plano da
213 operadora A e foi para a operadora B, só que a operadora B trabalha de uma forma
214 diferente da operadora A, então ele vai ter uma curva de aprendizado para aprender a
215 trabalhar com a operadora B; isso se tornar inevitável, não é um custo passível de ser
216 reduzido. Os custos vinculados à burocracia, cancelamento, cadastro, etc., isso pode ser
217 até em alguma medida reduzido, mas também não pode ser absolutamente eliminado. O
218 beneficiário minimamente vai ter que pesquisar na Internet, procurar alternativas. O
219 custo também, em certa medida pode ser reduzido exatamente na esfera disso que se
220 está tratando como uma terceira onda da regulação de saúde suplementar, no sentido de
221 fornecer informação para os agentes do mercado, à medida em que o beneficiário tenha
222 nível maior de informação. Mas como é que ele pode obter este nível maior de
223 informação? Explicou que o processo de acreditação e qualificação das operadoras e
224 anuário dos produtos que estão sendo construídos, projetos que estão sendo tocados no
225 âmbito da nova safra de projeto da ANS, que são projetos no sentido de oferecer ao
226 beneficiário um maior nível de informação a respeito daquilo que é praticado pelo
227 mercado. Então este custo, neste sentido, ele pode ser razoavelmente reduzido. Com
228 relação à questão do custo da mudança, ou seja, o beneficiário está acostumado com
229 determinado prestador, determinado profissional de saúde, que eventualmente não está
230 vinculado ao plano para o qual o beneficiário deseja migrar. Neste sentido ele vai ter um
231 custo, não tem jeito de se adaptar, enfim, estabelecer uma nova relação com este novo
232 prestador. Finalizando, disse que o custo de cumprir um novo período de carência, que é
233 o objeto então de seu trabalho, que pode ser eliminado através da implantação da

234 Portabilidade. Agora, ser eliminado desde que não gere um outro tipo de falha de
235 mercado, que é exatamente a idéia do comportamento oportunista. Os estudos da SEAE
236 do Ministério da Fazenda, em parceria com a ANS, são de que primeiro a carência é um
237 mecanismo importante, ninguém pensou em eliminar a carência. Carência é fundamental
238 ao sistema securitário, se não houver carência, obviamente as pessoas só procurariam o
239 sistema à medida em que tivessem precisando, e isso no limite acabaria com o mercado.
240 Mas a carência, por outro lado, o fato de existir a carência, introduz o que a literatura
241 chama de custo de transação. Este custo de transação existe, mas pode ser reduzido
242 com a implementação de Portabilidade de carência. Agora, desde que a Portabilidade de
243 carência não permita a possibilidade de haver arbitragem, possibilidade da existência de
244 comportamentos oportunistas, ou seja, a idéia é exatamente buscar o equilíbrio entre a
245 idéia de mobilidade e a idéia de mitigação no comportamento. Esclareceu que o escopo
246 do que se está trabalhando é no sentido de tentar desenvolver, criar uma regra de
247 Portabilidade em cima do conjunto de planos médicos existentes. Então, os planos
248 coletivos, eles têm apresentado aí um crescimento significativo, mais do que triplicam
249 desde a criação da ANS, e é claro que se sabe que existem muitos fatores que estão
250 associados a esse crescimento dos planos coletivos, mas, certamente, um dos fatores é a
251 existência da regulação, a existência de regras claras para o funcionamento do mercado,
252 e isso ajuda ao crescimento do mercado, tanto do ponto de vista dos planos coletivos,
253 quanto do ponto de vista dos planos individuais, que também continuam crescendo;
254 desde 2000 até hoje os planos individuais cresceram menos que os planos coletivos, mas
255 eles mais do que dobraram. Disse ele, que o objetivo estrategicamente traçado desde o
256 início para constituir este modelo de Portabilidade é que este modelo tenha que estar
257 associado a algumas premissas que são fundamentais, qualquer que seja o modelo ele
258 tem que estar pautado, pelo menos, minimamente, sobre cada uma dessas premissas: 1
259 - simplicidade, não adianta criar um modelo que seja fantástico, que seja tecnicamente
260 muito bem concebido, mas que ninguém entenda. Então é fundamental que o
261 beneficiário e que as operadoras entendam claramente quais as regras que estão sendo

262 colocadas e que isso facilite a adoção do modelo; 2 - que este modelo permita
263 transparência de gestão. É fundamental que na medida em que se comece a praticar a
264 mobilidade com Portabilidade, a agência possa, através dos instrumentos de gestão,
265 acompanhar este processo e eventualmente acelerar ou desacelerar o processo em áreas
266 que considerem que não estejam ocorrendo ou que pelo menos não esteja pautada por
267 aquele equilíbrio já mencionado; 3 - modelo de Portabilidade tem que ser um modelo que
268 funcione, é uma demanda que precisa ser atendida e ele tem que ser simples, ele tem
269 que promover transparência de gestão, mas fundamentalmente tem que funcionar, sem
270 açodamento, que existam, mas que sejam implantados a partir da negociação com a
271 participação de todos, esta é a razão da realização das Câmaras Técnicas, e que o
272 modelo que efetivamente seja colocado em prática funcione. Em relação àquela fase de
273 mapeamento do mercado, asseverou que é fundamental aquele item 1.4 do cronograma,
274 esclarecendo que para qualquer modelo de Portabilidade funcionar, é fundamental que
275 haja um processo de tipificação e tipologia dessa miríade de planos existentes no
276 mercado. Se fossem dois ou três planos no mercado ficava fácil se tratar
277 individualmente, se existissem 20 planos no mercado também se conseguiria conhecer
278 muito bem cada um deles e tratá-los, se fossem cem, talvez, no entanto, porém, como
279 está se falando de milhares de planos, fica muito difícil de estabelecer um tratamento
280 individualizado para cada um dos planos, mas a regra de Portabilidade precisa ser
281 simples, tem que oferecer transparência de gestão. Então, para se conseguir uma
282 miríade de planos, conjuntos intermináveis de planos existentes, de novas ofertas que
283 deveriam a cada momento do mercado com este pré-requisito de simplicidade e
284 transparência, é necessário fazer um processo de mapeamento e construção da tipologia.
285 Este processo de construção de tipologia ele está levando então em consideração três
286 elementos básicos: 1 - o tipo de contratação do plano, se são planos coletivos
287 empresariais, se são planos coletivos por adesão, se são planos individuais; 2 - o tipo de
288 cobertura, se são médico-hospitalares, se são ambulatoriais ou odontológicos, e no caso
289 da Portabilidade basicamente o alvo são os planos médico-hospitalares. Ambulatoriais e

290 odontológicos não fazem parte deste escopo da Portabilidade; e 4 - quanto à abrangência
291 desses planos, se regional, nacional ou municipal. Feito este processo de tipologia os
292 planos começam a ser classificados. Uma vez então os planos classificados, a tarefa
293 seguinte que estudamos é dividir estes conjuntos de planos segundo faixas de preço.
294 Asseverou que as faixas de preços usadas, a informação sobre preços utilizados de
295 comercialização da nota técnica, que se sabe, de antemão, que pode não ser uma boa
296 referência, porque afinal de contas o preço de comercialização da nota técnica é o
297 mínimo de comercialização do plano, e o plano se sabe que pode estar sendo
298 comercializado por um valor superior ao que está ali. Então, por isso que, como próximo
299 passo dessa etapa de cronograma, se espera contar com a participação das operadoras
300 no sentido de ratificar ou de retificar este processo classificatório que se está fazendo de
301 cada um dos planos, tendo liberdade eventualmente para alterar esta classificação, na
302 medida em que se verifique que o plano está numa classificação que não espelha a
303 realidade no mercado esclarece que, dada a prática que foi colocada, pensou-se
304 inicialmente que a idéia seria procurar um equilíbrio entre o modelo que de um lado não
305 propicie o surgimento de comportamentos oportunistas, mas de outro lado retire o
306 beneficiário desta imobilização que se tem hoje por conta da necessidade de cumprir
307 novamente uma carência, e esta idéia de equilíbrio ela permaneceu quando começaram a
308 dimensionar e pensar quais seriam as alternativas de modelo que poderiam construir.
309 Então, de um lado o que se pensou inicialmente seria criar o que a se chamou de mundo
310 novíssimo, que seria um mundo em que a partir de um determinado momento onde
311 todos os produtos fossem colocados no mercado seriam produtos portáteis, portanto,
312 produtos passíveis da aplicação da Portabilidade. E isso teria vantagem de oferecer uma
313 padronização, uma facilidade muito grande de administração da implantação do modelo,
314 mas por outro lado não atenderia uma demanda da sociedade, a demanda que foi
315 colocada é promover a Portabilidade, sobre o acervo de planos hoje existentes no
316 mercado. Esclareceu que procurou-se caminhar exatamente pelo cenário central, sendo
317 este seu foco estratégico, exatamente em cima dessa área que procuraram trabalhar,

318 que é o mundo da liberdade regulada, ou seja, a idéia da liberação ampla, geral e
319 irrestrita poderia suscitar um comportamento oportunista, mas que também não
320 implique na necessidade de começar um mundo novíssimo. O beneficiário se torna apto a
321 exercer a Portabilidade quando? Quando ele já cumpriu todas as carências. Mas que
322 carências? As da CPT, por exemplo, que são 2 anos. Então, isso foi um outro exercício
323 que se fez a respeito do que se podia desenhar em termos de cenário. Quanto à faixa de
324 preço, disse que este conjunto de opções não há, do ponto de vista da ANS, um cenário
325 definido, que foram seis cenários que foram extraídos da combinação desse três itens.
326 Pediu a atenção dos presentes de que existe um conjunto de opções de combinação
327 muito maior do que seis cenários, que eventualmente poderia se pensar em doze,
328 dezoito cenários, mas se tornaria a apresentação mais extensa, então procurou definir
329 dois cenários extremos, quer dizer, um cenário que se chamou de hipótese mais simples
330 e que ficaria restrito somente aos planos individuais, somente estaria elegível para
331 Portabilidade quem já tem dois anos de cumprimento do plano, ou seja, quem já está há
332 dois anos no plano, e somente aos casos onde não houvesse progressão da faixa de
333 preço. Este seria o cenário mais simples. O cenário mais complexo seria para todo o
334 conjunto de planos, sejam eles individuais, coletivos, por adesão, em qualquer tempo de
335 carência já cumprida, então não haveria uma condição mínima de elegibilidade à
336 carência, qualquer carência que já foi cumprida poderia ser utilizada, e qualquer
337 mudança, até os casos de upgrade. Este cenário, estas opções mais complexas
338 ensejariam a necessidade de que construíssem um modelo matemático, cujo teor
339 encontra-se no material distribuídos aos presentes, com detalhes da Câmara Técnica.
340 Mencionou com relação às Câmaras Técnicas o que seria modelo temático para dar conta
341 das situações de “upgrade”, estas situações mais complexas. E, a partir dessas, que se
342 vai restabelecer as discussões da Câmara Técnica. Através de slide, mostrou um sumário
343 das hipóteses de “downgrade” e “downgrade”, limitado de acordo com o tipo, por isso
344 aquele trabalho de segmentação, de tipologia que estão desenvolvendo. Este caso mais
345 simples estaria vedado para casos de “upgrade”. Então, se for “upgrade” não pode.

346 Tempo de permanência de dois anos, somente planos individuais novos. E o público
347 potencial então neste caso, nos levantamentos que fizemos tseriam hoje 3.491.883
348 beneficiários aptos a exercer este tipo de Portabilidade. Estes beneficiários estão
349 distribuídos em 6.100 planos de casos mais simples, daí a necessidade de se fazer a
350 tipologia, distribuídos por 717 operadoras. Finalmente, nos casos mais complexos caberia
351 tudo: downgrade, nowngrade, qualquer tipo de movimentação seria possível nesse caso,
352 e seria para todo o mercado, todo o mercado de planos novos, todo o mercado que
353 avaliaram, que seriam 28 milhões aí, 14 mil planos, praticamente mil operadoras,
354 qualquer que seja. Reiterou que a ANS não está limitando a escolha do trabalho técnico
355 que vai ser desenvolvido da Câmara Técnica a estas seis opções, que estes são apenas
356 algumas alternativas que podem ser trabalhadas, eventualmente podem ser criadas
357 tantas outras alternativas aí em meio a esse elenco de opções que se está sendo
358 colocado, no entanto, qualquer que seja a alternativa adotada, o requisito fundamental é
359 de que o beneficiário que vai exercer o Conselho de Portabilidade esteja adimplente, isso
360 é básico, que tenha o tempo cumprido, o tempo mínimo de permanência conforme cada
361 uma das hipóteses, e, nos casos de CPT, que tenha o período mínimo de permanência de
362 três anos no plano. Disse, ainda, que se teria então basicamente três situações: o cara
363 está migrando para um plano de valor menor, estar-se-ia fazendo um downgrade, então
364 com todas as carências cumpridas a idéia é que se tenha uma migração direta sem
365 carência, como o caso do modelo australiano. Se tiver carência a cumprir, caso se opte
366 como condição de elegibilidade qualquer carência já cumprida, cumpriria a carência que
367 tem a cumprir. Nos casos então de empate, de nowngrade, quem já cumpriu a carência
368 novamente vai para carência cumprida, quem tem carência a cumprir mantém a carência
369 que tem que cumprir e, novamente, caso opte por condições de elegibilidade, qualquer
370 carência. E, finalmente, nos casos de migração por valor superior, que é o chamado
371 upgrade, mesmo no caso de todas as carências cumpridas, então de acordo com aquele
372 modelo matemático, basicamente junta o tempo de contribuição por valor, o beneficiário
373 eventualmente poderia ter, segundo aplicação daquele modelo, ainda algum tempo de

374 carência a cumprir, evidentemente um tempo menor do que se teria hoje se fizesse
375 opção, que seria todo período de carência novamente, e, certamente, seria inferior ao
376 período que teria hoje, mas teria ainda eventualmente algum período adicional. E a
377 mesma coisa vale para os casos de carência a cumprir, caso dessa opção que venha a
378 ser adotada. Em linhas gerais, esclareceu que procurou-se percorrer um conjunto de
379 alternativas que facultem o sucesso para que se consiga fazer isso, mas também
380 procuraram examinar o que seria os segredos dos fracassos, quais os pecados que
381 possam vir a cometer no sentido de não fazer funcionar. Asseverou que é importante
382 partir sempre do pressuposto que cada caso é um caso, caso contrário não se chega a
383 lugar nenhum e fadado a chegar num modelo muito complicado. Advertiu para o fato de
384 que não se pode achar que só porque é um assunto complexo, um assunto que envolveu
385 estudo de experiências internacionais, envolveu contribuição de órgãos da academia, de
386 trabalho técnico, tenha que ser necessariamente algo complicado, não precisa ser
387 complicado. A idéia é simples, o sujeito com carência, se vai criar uma regra para que ele
388 possa se movimentar sem ter que cumprir esta carência de novo, com salvaguardas que
389 garantam tanto o direito do consumidor, mas que também inibam qualquer tipo de
390 comportamento oportunista. Outro ponto é a judicialização da questão, achar que
391 qualquer que seja a opção que venham a adotar, isso vai causar algum tipo de reação,
392 isso vai causar demanda judicial. Esclareceu que pode causar, mas tem que se cumprir a
393 tarefa que foi colocada, independentemente desse tipo de problema. Outra coisa é a
394 auto-suficiência. Embora a ANS seja um órgão regulador, a idéia é que a ANS não
395 imponha à sociedade, a todos os atores sociais envolvidos àquilo que ela acha que é
396 melhor. A idéia é que isso seja um processo de construção coletivo, como, aliás, tem sido
397 um processo de construção coletivo dentro da ANS. Disse que o que se está vendo neste
398 dia é resultado de um processo de discussão interno que envolveu todas as áreas da
399 ANS, todas as diretorias participaram, todos têm sua contribuição, e a idéia é que além
400 desse processo de construção coletiva interna, que este modelo, esta idéia da mobilidade
401 e Portabilidade também se torne o processo de construção coletiva externa, onde todos

402 participem, onde todos ajudem. Por último, quanto a idéia do fatalismo, se a
403 Portabilidade não for adiante, apesar de ser muito importante, é apenas um projeto que
404 vai atuar no sentido de minimizar os custos de transação dos beneficiários. Existem
405 vários outros projetos que estão incursos junto com a Portabilidade e concorrem nesta
406 linha também de aumentar transparência e de aumentar nível de informação dos
407 usuários. Outro ponto é o de achar que a Portabilidade está dada, que isso vai acontecer
408 de qualquer jeito, esclareceu que não é assim, que é necessário que a solução seja
409 construída junto, que seja negociada. Por último, disse que achar que a Portabilidade
410 independa de maiores esforços de comunicação, que se vá construir uma regra,
411 implantar e que isso vá funcionar, que vá ser ótimo, explicou que não, que isso depende
412 de esforço também de comunicação com a sociedade, que ela não vai funcionar por si só.
413 Em considerações finais, disse que ficou combinado com todos os participantes, devido a
414 ausência de muitos pelos problemas nos aeroportos do Rio de Janeiro, que irá marcar
415 uma reunião de alinhamento com estes atores que não puderam participar, mas de todo
416 modo o material que foi utilizado pela equipe neste processo, todo o material, na íntegra,
417 o que foi utilizado, já foi disponibilizado. Não há nenhuma informação que a ANS tenha a
418 respeito de Portabilidade que os participantes não o tenham. Tudo foi disponibilizado
419 para todos os que participaram. Solicitou que, a partir da próxima Câmara Técnica, que
420 comecem a fazer um trabalho então de recepção e distribuição de propostas que forem
421 encaminhadas pelos representantes dos setores, alertou que criaram ali um endereço
422 eletrônico, e, finalmente, a idéia é de que a apresentação dessas propostas deverão
423 estar sendo encaminhadas e que possam também ser apresentadas nas próximas
424 Câmaras Técnicas. Conclui a apresentação colocando-se à disposição para
425 esclarecimentos. **Dr. Fausto Pereira dos Santos**, Presidente da ANS, passou a palavra
426 à **Dra. Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, que alertou para o fato de que não
427 se pode comparar a saúde na Austrália com a do Brasil, que deve ser, acredita, melhor.
428 Diz entende ser muito complexo o assunto, uma vez que a existência de oportunistas é
429 clara, são inerentes da natureza humana, dizendo que há oportunistas consumidores,

430 como operadoras. Dissertou sobre o fim do *pacto sun servanda* nas relações de Plano de
431 Saúde, dizendo que se se quer partir do princípio de que o *pacto sun servanda* é o que
432 foi contratado e elencado pelas partes, já sabe hoje que não se aplica aos contratos de
433 plano de saúde, que não se faz um contrato hoje, em 2008, para ser atendido no futuro.
434 Se souber da doença hoje, vai cair na pré-existência e vai ter que entrar ou no agravo ou
435 na cobertura parcial temporária. Pondera ser muita regra que se precisa pensar
436 realmente, entende que há de se questionar quem serão beneficiados com a
437 Portabilidade, qual a finalidade das seguradoras para isso, afim de se evitar oportunismo
438 de todos os lados. Sabe haver muitas brechas no projeto, cita que em um dos slides
439 apresentados não poderia ser aquele portador individual ou então grupos coletivos
440 menores de 50 pessoas, e cita um slide mostrando que o grupo coletivo com menos de
441 50 pessoas não poderia. Pondera que há um item que entende que deixaram de constar,
442 qual seja, a Portabilidade sem carência nenhuma com menor risco. Lembra que em certa
443 oportunidade teve em mãos um contrato da Golden Cross de 86, e estava lá escrito:
444 assistência internacional de Saúde, risco total e diz que risco total em 86 já não o é em
445 2006. Reitera que essa Portabilidade precisa ser melhor esclarecida, caso contrário
446 gerará muitas ações judiciais, seja das empresas, como dos consumidores. Exemplificou
447 que, mesmo sendo o seguro Bradesco, um seguro com toda a sua marca Bradesco, uma
448 empresa séria, aquele que tem Saúde Bradesco está seguro, aspas, pensa estar seguro,
449 desde que o seu contrato não seja anterior à Lei 9656/98. Dessa forma, alerta que daí,
450 ou seja, desse tipo de carência imposta a quem já faz parte da mesma empresa, seja por
451 via de um plano empresarial, que pelas circunstâncias precisou mudar para individual ou
452 plano empresa familiar, que é o caso referido acima, se vai entrando em todas as
453 brechas, tanto das empresas do Bradesco, Sul América, Golden Cross etc..pequenas
454 empresas que têm produtos de co-participação , dizendo que uma pessoa que faz um
455 contrato tipo, com participação grande, que a pessoa nem sabe, o que venha a ser US e,
456 que, mesmo que depois o valor da “US” passe de 0,37, depois de 3,70 reais, o que a
457 pessoa vai ser beneficiada com a co-participação? SE quis dizer, que mesmo se 100 US

458 fosse a 0,37 ou a 3,70, os valores nos quais o consumidor tem que assumir a co-
459 participação é muito ameaçadora para o consumidor, o qual precisa ser bem esclarecido,
460 do que é co-participação e de que momento ele precisa participar dos custos. Discorda
461 completamente quando o Dr. João diz que a ANS não vai regular de forma firme, que vai
462 deixar tudo livre. Entende até que seria interessante se todo mundo estivesse atuando
463 livre, que todo mundo se associe para o bem comum e que ninguém queira onerar um ao
464 outro, mas acredita ser o contrário, que é o sistema em si que é assim. Finaliza dizendo
465 que há de se pensar nos princípios que está aplicado nessa Portabilidade. Questiona que
466 se a lei já diz que a cobertura parcial temporária é de dois anos, como a Portabilidade
467 tem três anos? Se o beneficiário já cumpriu todas as carências de dois anos e se quer se
468 transferir para uma seguradora equivalente, se está com um plano X de saúde, se quer
469 fazer Portabilidade para aquele plano similar, não se pode admitir oportunismo de
470 nenhuma forma. Em seguida, **Dr. João Matos**, da ANS, responde às argumentações,
471 dizendo que a ANS não disse que a cobertura parcial temporária é de três anos, que uma
472 das hipóteses é que no caso que exista CPT, a Portabilidade só poderia ser exercida após
473 três anos, ou seja, cobertura parcial temporária de dois anos, mais um ano ele teria que
474 ficar naquela operadora, com toda a cobertura, naturalmente, naquela durante um ano,
475 não que poderia exercer a Portabilidade, mas naquela operadora teria toda a assistência
476 e que não entende haver nenhuma transgressão ao que está previsto na lei. **Dra. Josefa**
477 **Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS, pede a palavra e diz que, se servindo ainda do
478 exemplo da Bradesco, se o beneficiário é do Bradesco e quer passar para Sul América e
479 possui dois anos de Portabilidade, ela tem a impressão que ele está em empresas
480 similares. Se a lei diz que é dois anos, realmente não entende o porque dos três anos.
481 Diz que a questão da Austrália, que é uma alta segmentação, que lá tem uma população
482 esclarecida, uma saúde pública mais ampla, diferentemente daqui. Entende que na hora
483 dessa supersegmentação o mercado pode apresentar e esta segmentação não faz bem à
484 saúde dentro do contexto atual, dentro do conceito de saúde pública. Acha que esta
485 discussão de Portabilidade deverá, primeiro, ser uma luta que deve ser de todos, uma

486 luta pela saúde pública mesmo. Lembrou o falecimento da ex-primeira dama Ruth
487 Cardoso e dos doze bebês, em Belém, cujas perdas, de forma violenta, o são como as
488 coisas ocorrem na vida. Dessa forma, entende que não se pode contratar saúde, que é
489 um direito indisponível, apenas como contrato de final de semana ou férias. Ressalta
490 para o fato de que se deve parar para discutir saúde suplementar ou complementar que
491 deverá ter, como princípio básico, a defesa fundamental da saúde, porque quem não tem
492 condição de pagar uma saúde suplementar para ter uma assistência mínima, pode
493 morrer no SUS. Com estas palavras, pede que todos reflitam sobre isso. Em seguida,
494 dada a palavra à **Dra. Rosangela da Silva Santos**, da FARBRA, esta inicia sua
495 manifestação, dizendo que, se aproveitando da fala da Dra. Renê, tem algumas
496 preocupações. Quando se coloca a questão do Estado, ouviu uma frase que fala dos
497 desenvolvimentos de novos mecanismos de gestão e aí lhe veio uma dúvida do que
498 seriam estes novos mecanismos, já que não se tem acesso hoje e não se acompanha
499 atualmente no Brasil, por exemplo, o perfil das demandas epidemiológicas, inclusive, com
500 relação às doenças que estão em menores índices considerando que a maioria absoluta
501 da população não tem acesso à informação sobre como se operacionaliza o SUS, e ao
502 mesmo tempo, não se tem consciência crítica do perfil da saúde no país. Dentro desse
503 modelo de gestão vê, como exemplo, uma grande dificuldade da pessoa que está indo
504 para um plano de saúde porque se deparou com uma fila no SUS e não conseguiu ser
505 bem atendida e acha que quando for para o plano de saúde pagando dez ou vinte reais
506 ela vai ter condições de ser atendida integralmente. Ressalta para o fato de que em suas
507 palestras, a ultima no Senado Federal, verificou, inclusive por parte de estudantes de
508 farmácia e de outras áreas, a existência de falta de informação sobre o SUS. Ressaltou,
509 ainda, que a pessoa quando vai para o plano de saúde ou ela quer uma assistência
510 suplementar integral em função da qualidade, ou a pessoa está indo para o plano por
511 uma questão de opção, por ela poder pagar. Entende que são muitas variáveis que se
512 têm que considerar na questão do modelo da gestão. Destacou que a população não tem
513 noção do custo do Sistema Único de Saúde, que, apesar da qualidade do sistema, dos

514 médicos e serviços, muitas vezes quando não se consegue fazer a uma cirurgia ou um
515 tratamento de alta complexidade, o paciente vai para o plano de saúde achando que vai
516 conseguir suprir todas as suas necessidades. Diz que o beneficiário acaba mudando de
517 plano, porque não tem uma noção clara do que o plano lhe oferece, no entanto, às
518 vezes, este paciente pode estar sendo assistido por um profissional e ele, não podendo
519 mais pagar aquele plano de saúde, perde a assistência daquele profissional, porque no
520 outro plano que ele vai o médico não está credenciado. Desta forma, esta é a grande
521 preocupação que entende deva ser esclarecida e solucionada. Uma outra questão que
522 espera ser elucidada, é sobre o que é o *downgrade* e *upgrade*, à luz do usuário do
523 sistema, tanto do SUS quanto do plano de saúde. Ressalta o fato da imprensa só noticiar
524 o que ocorre no SUS, hospital público, esquecendo-se das várias reclamações no tocante
525 aos planos de saúde. Acredita que esta é outra variável que tem que estar sendo levada
526 em consideração. Quanto a judicialização, diz ser uma das pessoas que mais acompanha
527 hoje a questão dos medicamentos, e que o SUS têm medicamentos excepcionais de
528 altíssimo custo para os mais diversos programas e tratamentos, que o Brasil tem um dos
529 melhores sistemas de saúde do mundo, dando a qualquer cidadão acesso ao
530 medicamento, e se veio a judicialização, ela não vem só por conta da empresa ou da
531 indústria que está usando o beneficiário desse sistema para obtenção de medicamentos
532 caros, ele está usando isso também porque, por outro lado, o gestor não está fornecendo
533 o(s) medicamento(s) para este usuário que precisa, principalmente, por ser de uso
534 contínuo. Dessa forma, entendendo que a judicialização viria também, pelo outro olhar
535 desse cidadão que, ao entender que ao estar sendo lesado, este tem o direito de
536 procurar o Judiciário, pondera que estes são pontos interessantes que têm que também
537 se ver à luz do beneficiário. Dada a palavra ao Dr. **José Claudio Ribeiro Oliveira**, da
538 Unimed Brasil, ele iniciou parabenizando Dr. João Marcos pela excelente apresentação.
539 Ressaltou a preocupação que se teve em destacar que a carência é um instrumento
540 inerente ao sistema securitário. Finalizou dizendo que, como muito bem colocado, é
541 importante que a ANS tenha a preocupação realmente de fazer algo factível e com

542 consenso. Termina externando a forma responsável demonstrada pela Agência na
543 elaboração do projeto apresentado, se colocando à disposição para contribuir nas
544 Câmaras Técnicas que se seguirão. Com a palavra **Dr. Márcio Seroa Araújo Coriolano**,
545 da FENASEG, que disse considerar prematura uma avaliação ampla da Portabilidade, mas
546 que fazia dele as palavras do Dr. José Cláudio com relação à iniciativa da Agência ao
547 fazer essa discussão e colocou a Fenasaúde à disposição para contribuir no que for
548 necessário. Passou a tecer algumas considerações com relação aos contratos coletivos e
549 os individuais, argumentando que a natureza dos dois é completamente distinta, e muito
550 variável de operadora para operadora. Mencionou como exemplo as condições de
551 reposição do equilíbrio técnico dos contratos, que podem levar em conta cada contrato
552 individualmente ou um conjunto de contratos, e que essas características inviabilizariam
553 a Portabilidade dos contratos coletivos, além do que disse entender que a iniciativa da
554 Agência era no sentido de dar maiores opções de escolha para os beneficiários, o que já
555 existe no âmbito dos contratos coletivos, por parte das empresas contratantes. Com
556 relação à tipologia de planos de saúde portáteis, disse ser preciso verificar se esta dará
557 conta de uma particularidade essencial atualmente no mercado, que são as diferenças de
558 formação e operação das redes assistenciais. Acredita que deve se levar em consideração
559 este ponto absolutamente relevante. Discorda da assertiva de que o preço poderia dar
560 conta do ponto de vista das características da rede, e que hoje as redes se diferenciam
561 muito, inclusive redes especialistas, não apenas abrangência e qualidade, entendendo
562 que isso deve ser levado em conta. Em segundo lugar, que a consideração do tempo de
563 permanência é importante para o modelo de Portabilidade, para afastar o “free-rider”, o
564 oportunista. Disse não estar fazendo uma avaliação moral do oportunismo, mas que é
565 preciso considerar que a mobilidade certamente ocorrerá mais para aqueles que, em
566 função de restrição de renda e emprego, desejará ter vantagens que podem ser danosas
567 ao sistema de saúde suplementar. Outra questão que acha relevante é a questão da
568 migração de todo o grupo familiar, para que seja evitada a seleção adversa na
569 mobilidade. Alertou também que, caso a opção seja pela mobilidade limitada aos planos

570 comercializados após a Lei nº. 9.656, que há dois sub-conjuntos de distribuição de
571 aumentos por mudança de faixas etárias, em função da vigência do Estatuto do Idoso, e
572 que essa situação poderá levar a escolhas oportunistas para o aproveitamento de
573 melhores condições de faixas etárias entre o atual contrato e o do plano de destino.
574 Finalizando, argumentou sobre a questão da intermediação de planos e seguros de
575 saúde, do comissionamento pelas vendas, que, embora a ANS não tenha conhecimento
576 por não regular a corretagem, considerou que há os intermediadores de operações que
577 podem se favorecer ao incentivar o processo de mobilidade. Concluiu dizendo que esses
578 são alguns pontos que considera relevantes, não para criar polêmica, mas, sim, questões
579 que acredita que a ANS deveria debater junto com as representações dos diversos
580 segmento do setor, concluiu o representante da FENASEG. Foi dada a palavra a **Dra.**
581 **Ana Luisa Godinho Ariolli**, da PRO TESTE, também pediu desculpas pelo atraso, em
582 decorrência dos problemas aéreos. Entendeu que a discussão é importantíssima e que
583 todos devem, a partir de agora, fazer um esforço para se chegar a um denominador
584 comum. Discordou do Dr. João Mattos quando disse que o caminho não será fácil, porque
585 os números de planos individuais são realmente de mútuo, bastando para tanto rever as
586 estatísticas de percentuais de planos coletivos. Acredita que não é o momento
587 aconselhável de beneficiar apenas planos individuais, dentre as opções dadas, pois se
588 têm um universo muito maior de planos para se pensar, mesmo porque esta questão
589 implica no fundamento da discussão federal que se chama isonomia. Acredita que há que
590 se pensar em tratamento igualitário, mesmo produtos que possam ter diferenciais, até
591 para não se confrontarem com a defesa do consumidor. Questionou se esta discussão
592 será aberta, de que forma, como as entidades irão participar, independente dos
593 membros da Câmara, como está se pensando na questões dos prazos, lembrando que
594 esta questão da Portabilidade, se forem pegar o exemplo da telefonia, não se faz
595 distinção se novo ou velho, se tem mais recursos ou não têm. **Dr. Fausto Pereira dos**
596 **Santos**, Presidente da ANS, lembrou à todos o cronograma apresentado anteriormente
597 sobre processo de discussão da Portabilidade, em que ter-se-á mais uma Câmara

598 Técnica, haverá o período de interlocução com os diferentes segmentos, reuniões
599 bilaterais, será promovida união específica com o conjunto de empresas prestadores e
600 etc., tudo para que se possa aprofundar no tema. Ao final, será então elaborada uma
601 primeira proposição que será colocada em consulta pública e, a partir das contribuições,
602 uma nova proposição e a realização de audiência pública no próprio Congresso Nacional.
603 A perspectiva é de que com este cronograma tenha-se maior possibilidade de interagir e
604 discutir estes vários aspectos levantados, uma vez que a ANS não quer produzir uma
605 norma dentro da agência e impô-la ao setor. Há por parte do Ministério da Saúde e
606 Ministério da Fazenda a disposição política no sentido de viabilizar a proposta, uma vez
607 que esta irá trazer reflexos positivos para o setor nos seus vários aspectos. Asseverou de
608 que o que se está buscando é justamente não trazer desorganização e ou permitir
609 oportunistas, como dito. Ressaltou que a ANS inviabilizaria qualquer proposta em que ela
610 se torne árbitro em cada momento de decisão de troca de empresa e de que não há
611 qualquer proposição nesse sentido. Outra questão levantada por ele é sobre a discussão
612 de plano individual e coletivo. Esclarece que o coletivo por adesão, hoje, de alguma
613 forma tem a Portabilidade na sua renegociação, o beneficiário pode mudar a sua carteira
614 sem cumprir acima dos 50, sem cumprir novas carências e pode exercer este papel a
615 partir da sua pessoa jurídica. Característica hoje que o individual não tem. Os planos
616 individuais representam hoje 20% do setor, número bastante significativo. Esclareceu
617 que em qualquer outro lugar do mundo não há este número de planos individuais que
618 tem o Brasil. Diz que a intenção da ANS é que a Portabilidade permita a estes indivíduos
619 terem a mesma oportunidade que hoje os planos coletivos, sejam planos coletivos, sejam
620 médicos empresariais, que os por adesão têm. Esclareceu à Dra. Ana que a ANS está
621 trabalhando essa questão muito mais com a visão da equidade do que com a isonomia.
622 Não há que se comparar com planos de telefonia ou bancárias, uma vez que são
623 conceitos e são grupos absolutamente distintos, por esta razão os cuidados que estão
624 tendo para evitar, inclusive, o que a Dra. Renê levantou, dos oportunistas. Dessa forma,
625 acredita que as Câmaras Técnicas, as discussões já citadas, trarão contribuições

626 relevantes ao projeto. Pediu a palavra **Dra. Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, no que foi
627 atendida e questionou, sobre como aplicar a Portabilidade na Autogestão, em virtude da
628 exigência legal, em que o benefício só pode ser oferecido para grupos fechados. Dessa
629 forma, se permita a Portabilidade para o referido segmento, haveria desrespeito à
630 própria legislação e resoluções vigentes. **Dr. Fausto Pereira dos Santos**, Presidente da
631 ANS, respondeu dizendo que entende que não se deva aprofundar essa discussão, que a
632 mobilidade seria mais vertical, dentro da própria empresa do que a possibilidade de
633 mudança de empresas, caso contrário entrariam em uma seara que não cabe, mas, de
634 toda forma, esclareceu que esta é sua impressão inicial.

635

636 **ITEM II –APRESENTAÇÃO DOS NOVOS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS**
637 **PARA O RESSARCIMENTO – MAIS SAÚDE – Dra. Angela Skatena** iniciou
638 agradecendo a oportunidade de estar apresentando a nova proposta de processo para o
639 ressarcimento, numa tentativa de elucidar mais o assunto, assunto este bastante
640 polêmico para todos, mas que ainda exige bastante ações e ações efetivas tanto das
641 agências, como das operadoras em vários aspectos da regulação. Discorreu iniciando que
642 o ressarcimento está disposto no artigo 32, o qual foi bastante combatido pelo setor e
643 que, após oito anos de sua edição, ainda não há o julgamento da ação proposta, gerando
644 no mercado uma instabilidade jurídica, tendo, por conseqüência, o ingresso de várias
645 ações judiciais contra o ressarcimento, os quais acabam contaminando os espíritos dos
646 que não estão em ação e levando operadoras a se manifestarem ao ressarcimento, na
647 esperança de que se julgue pela inconstitucionalidade, com o não pagamento. Tais fatos
648 ocasionam para a agência um elevado número de processos administrativos e, por
649 conseguinte, uma imensa quantidade de papéis, seja para avaliar se aquele
650 procedimento teria ou não cobertura no plano, além da questão da ADIN, instabilidades
651 jurídicas que têm sobrecarregado a agência de processos. A mais discutida, segundo ela,
652 é a universalidade do Sistema único de Saúde, em que o cidadão, tendo direito de usar o
653 SUS, ele usa este direito, vai, e isso já se torna um facilitador dessa otimização imensa e
654 constitucional e que não deve ser encarado como um problema a universalidade, já que
655 do ponto de vista do direito é uma conquista da sociedade brasileira, mas do ponto de

656 vista do ressarcimento ele traz para a agência números estrondosos, imensos que
657 dificultam que se faça, como o doutor Fausto também relatou, com a Portabilidade, a
658 análise de caso a caso. O que se está fazendo no ressarcimento até hoje é a análise de
659 contrato com contrato, caso por caso, atendimento por atendimento. Algumas outras
660 questões da lei da constitucionalidade são autorizações legais que estão na própria lei e
661 vários relacionamentos da agência, que fazem com que o beneficiário tenha que usar o
662 SUS. O início do ressarcimento começa na RL 01, modificada pela RL 05, que a Agência
663 Nacional de Saúde fazia, não tinha o efeito de uma notificação, mas notificava as
664 operadoras de que tinha identificado o beneficiário através do site, mas recebia tudo em
665 papel. Explicou que ainda hoje são colocadas em média quinze mil AIHs por mês
666 identificados, o que gera com isso uma sobrecarga de análise de cada um desses prazos,
667 somando-se a isso as questões levantadas anteriormente. A agência, na tarefa
668 executada pela INJISUS já realizou análise de 431 mil AIHs, o que significa que já
669 olharam mais de 431 mil contratos durante este período. É um trabalho imenso, para as
670 operadoras também, mas se entende que seja um trabalho profundo, uma quantidade de
671 papel absurda, até mesmo gerando dificuldades para manusear essa documentação.
672 Exemplificou dizendo que o arquivo da gerente geral de integração pelo SUS tem dois
673 quilômetros de papéis acumulados, folha ao lado de folha, o que significa 16 milhões de
674 folhas, que, por consequência, são 1500 árvores que estão lá, foram cortadas e viraram
675 papel para virar ressarcimento. Todas estas indagações anteriormente citadas se fizeram
676 em decorrência da burocracia e da necessidade dos processos físicos. No final de 2006,
677 foi publicada a lei 11.411, de 19 de dezembro de 2006, onde ela altera incisos do Código
678 de Processo Civil e confirma a admissibilidade na Justiça por documentos eletrônicos.
679 Embora seja uma lei criada de processo judicial, ela traz no seu artigo alterando e
680 permitindo a utilização de documentos eletrônicos em processo da Justiça, o que abriu a
681 possibilidade para se fazer processos eletrônicos de ressarcimento. Informou que fizeram
682 uma norma então fundamentada nisso, na Medida Provisória 2200/02 e nas leis e
683 inscrições normativas da Secretaria da Receita Federal. Informou que trouxe uma
684 apresentação para apontar os pilares nos quais se basearam esta resolução. Um deles é
685 o aprimoramento do processo de identificação. Processo de identificação continua sendo
686 realizado através de recorde link, que é relação nominal de banco de dados, mas tem-se

687 realizado estudos no sentido de não colocarem ABIs tão grandes, inconsistentes, que já
688 se conhece, com intuito de não obrigá-los a impugnar coisas que já foram impugnadas
689 em épocas anteriores ou então também se vê que aparece, estudando os números,
690 numa nova ótica, se percebe que uma operadora que tem 40 mil beneficiários e todos
691 inscritos em planos ambulatoriais, e aí lá com processo de ressarcimento de
692 procedimentos hospitalares e quando vai se ver do por que alguém tem 40 mil processos
693 ambulatorial e está com tempo de responder aquilo, porque tem 20 beneficiários que
694 têm inconsistência do dado de cadastro e como não se debruçou, não se tinha debruçado
695 ainda neste número, tendo inconsistência em 20, os 40 mil caem para dentro do ABI e se
696 coloca uma máquina enorme para rodar. Diante disso, estão fazendo levantamentos
697 desse tipo. Outro item explicitado foi os dos procedimentos que se mais se deferem,
698 onde explicou que estão com um grupo estudando a questão da carência, os partos,
699 procedimentos de psiquiatria que tem aí a grade de continuidade, enfim, uma série de
700 melhorias que o conhecimento acumulado durante este tempo pode permitir que saia.
701 Continuarão identificando, a pessoa vai, irão identificar, ver que aquele beneficiário foi ao
702 SUS, se ele utilizou o SUS, mas não necessariamente irá se colocar isso na forma de uma
703 notificação buscando o ressarcimento. Este é o primeiro pilar. O segundo, um segundo
704 pilar, é que se vá fazer autuação eletrônica dos processos. Então não se vai mais fazer
705 processos físicos, encaminhar processos através de AR, notificação através de ofício com
706 AR, de recebimento, enfim, tudo será feito por meio eletrônico, buscando então agilizar a
707 troca de informação, reduzindo os custos de ambas as partes, a diminuição de erros de
708 digitação, redução de erros e omissões de preenchimento. Esclareceu que há o
709 recebimento do formulário de impugnação falando: “está em carência”, e junta-se um
710 contrato a isso. Não se sabe em que cláusula, em que linha, em que lugar daquele
711 contrato está ali escrito que aquilo ali, que aquele beneficiário estaria em carência, ou
712 qual a carência, ou qual a abrangência, que ficam lá procurando isso. Para resolver esta
713 questão, irão fazer uma autuação e um processo que se consiga diminuir estas omissões
714 de preenchimento. Desse modo, vão poder exigir das operadoras as informações que
715 interessam para avaliar as impugnações, que não vai ser mais uma mera juntada de
716 documentos, vão trabalhar lá com formulários eletrônicos e vão ter que estar
717 preenchidos com quais as informações para aquele tipo de impugnação que se vai fazer.

718 Além disso, estão já trabalhando no sentido de fazer alguma análise, automação de parte
719 da análise por meio de fio e cruzamento desses formulários estruturados. Vai fazer
720 perfilhação. Então, autuação eletrônica do plano é um dos pilares dessa nova resolução.
721 A notificação também segue por meio eletrônico. A notificação, à semelhança do que
722 acontece no processo judicial, é considerada parte, a ciência da notificação é dada em
723 dez dias, através da sua publicação em portal eletrônico, por meio dessa publicação
724 eletrônica da notificação se pretende extinguir gradativamente com o protocolo, acabar
725 com a impressão de portaria, envio pelos correios, reduzir cobrança e notificações,
726 reduzir erros humanos na cadeia de condução e reduzir custos administrativos de
727 comunicação. Mantidos os 30 dias para impugnação, não se tem mais, não irão mais
728 enviar uma GRU, esta vai ser vinculada, a operadora poderá escolher eventual AIH
729 naquele conjunto de AIH que ela foi notificada, qual AIH ela quer pagar, porque isso,
730 inclusive, é um problema para receber, porque enquanto não termina o processo
731 administrativo, às vezes o processo é longo, a operadora poderia ter pago alguma coisa
732 que ela não assinou que está concordando, e daí há que se esperar passar os prazos,
733 fazer outra GRU e para cada fase do processo acaba tendo uma GRU. Então a notificação
734 também por meio eletrônico. Operadora também vai ser comunicada por meio eletrônico
735 de que vai chegar até a Agência ou, no atendimento de preenchimento de formulários
736 escriturados, ou recurso de documentos digitalizados quando solicitados. Uma outra coisa
737 julga bastante importante para o desenvolvimento do trabalho, e que isso vai permitir a
738 agilização do processo, é que se mudou a cobrança no início do processo. A cobrança, os
739 valores não estão mais fechados no término do processo, estão reconhecendo o
740 atendimento no início do processo. A cobrança se dá então a partir do momento em que
741 notificou, notificou está cobrado. Atualmente, em virtude de a cobrança ser no final do
742 processo, ela se justifica pela ineficácia de identificação de atendimento passível de
743 ressarcimento. Que ineficácia é esta? Explica que quando se identifica uma operadora
744 que tem 40 mil pessoas que são ambulatorial, vinte estão ali com dados inconsistentes,
745 manda-se tudo e isso é uma coisa que se tem que aprender a tratar. Tem que fazer
746 índices para que isso não vá para fora. Esta falha no preenchimento da própria
747 operadora, de deixar dados de formação equivocadas de beneficiários, acaba resultando
748 em ABIs, identificações desnecessárias. Como se tem insegurança em relação a isso, a

749 cobrança se dá para o final do processo. Suspeita-se, entretanto, que estas sistemáticas
750 de cobrança no fim do processo estejam estimulando litigâncias procrastinatórias por
751 parte das operadoras, que pagam ao final, e ao final demora não corre juros, não corre
752 multa. Partindo desse pressuposto, trouxe a cobrança para o início do processo.
753 Preserva-se em todos os artigos da norma a preocupação de manter os direitos de
754 garantias constitucionais das operadoras de recorrerem, mas sendo mantida a cobrança,
755 os juros e as multas que serão aplicadas desde o momento da notificação inicial, no
756 começo do processo. Explicou ainda, que há na norma uma garantia para a operadora
757 que queira impugnar, mas com depósito extrajudicial, porque a cobrança ocorrer no
758 início do processo é uma discussão e a intenção de colocar isso é desestimular a
759 litigância protelatória. A contagem de juros. Não se tem o objetivo de restringir a defesa
760 e só litigar a procrastinação, vai-se assegurar as operadoras de boa-fé que elas
761 questionem esses contratos, sem o risco de imposição de juros e multas. Desse modo, as
762 resoluções permitem que o valor integral da obrigação seja depositado para evitar a
763 existência de juros e de multa e atraso no pagamento. Isso também permite que o
764 questionamento da obrigação seja, por sugestão, depósito da ANS do valor do
765 ressarcimento e depositado o SAC e, depois de julgado, o valor será facilmente
766 convertido em pagamento. Um outro pilar apresentado foi o da cobrança individualizada.
767 Esclareceu que no processo atualmente as operadoras fazem a impugnação de uma ABI,
768 inicialmente existem com 700, 2000 em um único ABI, e aí tem-se um processo que
769 praticamente já nasce em 2005 e daí para frente o tamanho que toma é imenso,
770 volumes iniciais que são só de ABIs, são só de documentos que a agência mesmo gerou
771 e isso acarreta uma demora no tratamento desse processo e, além disso, algumas AIHs
772 podem ser impugnadas por motivo técnico e não se está mandando impugnações
773 técnicas ainda hoje para serem impugnadas na SAS, mas na frente se pretende trazer a
774 análise da impugnação técnica para a agência. Só neste trâmite, o processo está pronto
775 na abrangência administrativa da agência do Tribunal de Saúde, mas que tenha a AIH na
776 SAS, enquanto isso não volta e não se pode dar este processo como findo, não pode
777 fazer as cobranças e fica um processo truncado, por conseguinte, esclareceu que vai se
778 fazer a cobrança individualizada, uma é a AIH e ela estando julgada e acabada, acabado
779 está este processo. Disse que isso já foi feito anteriormente, então se pretende com isso

780 reduzir o trabalho de protelamento, uma vez que a operadora poderá fazer. Algumas
781 situações no sistema, já pensando no abatimento de APACS, para que se possa fazer
782 processos por beneficiários, mesmo em AIH se quiser acumular processos por
783 beneficiário, ao invés de acumular por atendimento, daí vai se conseguir acumular, e isso
784 traz uma vantagem. Exemplificou dizendo que se o paciente pedir hemodiálise, faz
785 hemodiálise todo mês, então no ano vai ter 12 APACs, neste caso não vai se fazer 12
786 processos, vai se fazer um processo em determinada época do ano e vai vir um contrato
787 falando que este contrato é antigo e exclui esse tipo de atendimento, daí não se vai
788 cobrar o ressarcimento e se fez um processo só em vez de estar fazendo 12. A cobrança
789 individualizada ela pode ser então individualizada, mas se vai poder agrupá-la de uma
790 série de formas com a finalidade de agilizar o processo. Acredita ela que este é um dos
791 principais pontos da resolução, que é aceitar declaração de operadora como forma de
792 impugnação em primeira instância. Toda impugnação de primeira instância deverá ser
793 feita em forma de declaração, a operadora declara em formulário estruturado o motivo
794 pelo qual ela está impugnando aquele atendimento, aquela identificação. Buscando
795 princípios de direito que está no decreto do Ministro Hélio Beltrão, diz referido decreto
796 que em troca da simplificação processual e agilização das soluções, cumpre aceitar
797 conscientemente o risco calculado da confiança. Uma vez que os casos de fraude não
798 representam regras a esta exceção e não estão impedidos pela prévia e sistemática
799 exigência de documentação, irão passar a aceitar declarações de operadoras. Esclarece
800 que esta forma não é nova na agência, já teve em processos de papel o aceite de
801 declarações, mas não surtiu o efeito que se esperava, porque não se tinha agilidade e
802 nem tecnologia ou metodologia suficiente para checar as declarações, tendo por
803 consequência uma grande entrada de declarações, algumas aparentemente falsas, e não
804 se tinha agilidade, porque feito em papel e trouxe um embaraço muito grande na época,
805 mas agora, com o processamento eletrônico, este vai dar agilidade e vai dar facilidade de
806 checar as informações nos próprios formulários estruturados. No mesmo decreto, como
807 tem que se controlar, não se pode simplesmente confiar, existe um risco calculado nesta
808 confiança e, para evitar abusos decorrentes da simplificação de exigências, vai se
809 intensificar as atividades de fiscalização a *posteriori*, através de amostragem e de outros
810 meios estatísticos de controle de desempenho. Nos casos de irregularidades, irão fazer

amostragem das impugnações e em algumas impugnações vão ser solicitada documentação, documentação essa que vai ser enviada também por meio eletrônico. Nos casos em que se tenha que analisar o contrato, irá ter que envia-lo, de acordo com a cláusula 22 do item 4 das carências, cuja disposição encontra-se no formulário estruturado. Esclareceu que foi colocada no processo uma multa processual pela litigância de má-fé, dessa forma irá se fazer amostragem, mas serão solicitados documentos. O recurso não aceita declaração. O recurso sempre será acompanhado de documentação. Apresentou outros pilares, dizendo que irão avocar competências, se ela está delegada ao Ministério, por causa de competência técnica, no entanto, atualmente se tem corpo técnico e médico suficiente para fazer as análises técnicas que serão realizadas pelas SAS. Irá se avocar a competência de volta para fazer na agência, irá se fazer processos nas duas instâncias decisórias, estão mudando as regras da partilha, não irão mais fazer partilhas dos recursos recomendadas e, sim, um repasse dos valores arrecadados ao fundo nacional de saúde, o que para a agência demanda grande expertise acompanhar as questões cadastrais que acontecem no SUS. E o fundo nacional já faz repasses de dinheiro em valores para gestores e entidades. Então, o fundo daria cumprimento a este repasse e a esta partilha e não fariam mais a partilha, somente o repasse. Espera-se com estas normas que elas permitam uma maior integração com outros processos da agência, e permita também um aprofundamento das questões de ressarcimento enquanto mecanismo de regulação, afinal de contas a agência está dentro de uma agência reguladora e tem que usar o conhecimento advindo para usar tanto para regulação de mercado, como usar para subsidiar ações de política pública e também na integração dessas informações. Por último, discorre sobre uma consequência, que se se poderia fazer um processo tão aberto e tão calcado num princípio de confiança mútua se não tivesse também alguns meios de, em tendo a confiança quebrada, um meio de punição. Então criaram um tipo de punição por litigância de má-fé processual que vai ser tratada no próprio processo, não vai ter um outro processo correndo, na fiscalização não. Finalizou dizendo que são estes os pilares da nova resolução e que a coube aqui tentar esclarecer quais são os objetivos, colocando-se à disposição para esclarecimentos. **Dr. Fausto Pereira dos Santos**, Presidente da ANS, agradeceu à Dra. Angela Skatena pela apresentação e passou a palavra ao **Dr. Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO,

842 que perguntou se antes da publicação da norma haveria oportunidade de o segmento se
843 manifestar a respeito. Questionou com relação ao prazo para entrada em vigor, já que,
844 correndo o processo por meio eletrônico, as operadoras poderão reduzir o numero de
845 colaboradores e, com isso, haver a redução de custos, com o que **Dr. Fausto Pereira**
846 **dos Santos**, Presidente da ANS, respondeu dizendo que não cabe fazer uma consulta
847 pública, mas está se pensando em estar se realizando uma Câmara de um dia para
848 maiores esclarecimentos, até para se poder debater mais sobre a matéria, mas não
849 consulta. Afirmou que com certeza a agência já trabalha com a idéia de que terá redução
850 de custos, tanto para o setor como para a ANS, mas isso a médio prazo, porque se tem
851 aí algumas questões técnicas que estão sendo solucionadas, não significando dizer que
852 não se emita nada neste período. **Dr. Egberto Miranda Silva Neto**, da UNIODONTO,
853 pede esclarecimento se o novo processo poderá ocorrer até o final do ano, cuja resposta
854 do **Dr. Fausto Pereira dos Santos**, Presidente da ANS, foi de que a agência espera que
855 muito antes dessa data. Dada a palavra a **Dra. Josefa Rennê Santos Patriota**, da
856 ADUSEPS, esta parabenizou a ANS pela iniciativa de cobrança por via eletrônica e fez os
857 seguintes questionamentos: Sobre o valor real do débito das operadoras em relação ao
858 ressarcimento do SUS, qual o montante de recursos até hoje, desde a regulamentação,
859 do valor do ressarcimento que deveria ser pago e qual o valor que foi efetivamente pago
860 até agora? Se o ressarcimento é para os contratos de 98 para cá ou contratos de todo o
861 sistema? Porque em sendo um contrato para todo o sistema, ou seja, a ANS, apesar do
862 STF dizer que não regula os contratos antigos ou não, se o ressarcimento é para todo o
863 sistema, segundo a lei 9.656, significa dizer que a ANS regula todo sistema? Solicitou
864 esclarecimento, ainda, se o paciente que é atendido no SUS, se em qualquer momento a
865 ANS toma conhecimento daquele atendimento? Exemplificou dizendo que se o cidadão
866 chegou hoje no hospital da restauração, como a ANS sabe daquele atendimento? Como a
867 ANS sabe que o paciente está lá? Quem são os atores que deveriam saber? Uma pessoa
868 que sofre acidente de trânsito sabe-se que existe o seguro DPVAT, mas por que o
869 paciente que sofreu acidente de trânsito exatamente se tem o seguro e estas garantias
870 todas, automaticamente não é transferido até para uma rede privada, já que existe o
871 seguro de terceiros e todas as garantias? Por que então às vezes até o próprio hospital
872 público onde recebe este paciente, por que já não cuida do cadastro, já que tem agora o

873 TIS, troca de informações, já que se tem tanta tecnologia, por que aquela pessoa que
874 sofreu aquele acidente automaticamente o seguro não é acionado e ele não é removido,
875 não é lhe garantido os seus direitos? Dentro desse contexto que ela gostaria de ser
876 esclarecida de como funciona na prática, dizendo que o artigo 32 da lei fala da regulação,
877 fala do ressarcimento, fala da multa de aplicação e etc., então o que foi colocado dos 40
878 mil usuários do plano ambulatorial, o que é que diz realmente o plano ambulatorial?
879 Quando é que o paciente do plano ambulatorial tem direito a chegar ao hospital? Quando
880 o plano ambulatorial diz que o paciente tem direito à quimioterapia? Sabe-se que o
881 paciente tem direito a quimioterapia, seja no ambulatório ou na clínica onde é prestado o
882 serviço, este paciente, segundo diz a lei, não terá direito à assistência por conta do efeito
883 colateral da quimioterapia, mas se este paciente teve um problema depois da
884 quimioterapia, mas o plano dele é ambulatorial, pela lei não teria direito para hidratar,
885 ou seja, tem o direito de tomar remédio da quimioterapia, mas não de tratar dos efeitos
886 dessa quimioterapia? Por que o paciente do plano ambulatorial foi parar no
887 ressarcimento? Qual a participação, se o próprio Ministério da Saúde tem interesse
888 realmente na questão do ressarcimento ao SUS, por que não envolver os secretários
889 estaduais e todos os gestores nesta questão? Entendendo que são coisas que precisam
890 deixar mais claras, questiona ainda sobre a inclusão do recém-nascido: quando é que
891 recém-nascido entra na questão do ressarcimento ao SUS? A mãe tem plano de saúde e
892 tem um filho, se este filho não é admitido pela empresas, inclusive às seguradoras que
893 não vendem mais planos individuais, mas esta criança é para ser incluída no contrato da
894 mãe ou não? Era para ser, mas por que as crianças não estão sendo incluídas?
895 Entendendo que a ANS, em sua opinião, já deveria dizer numa matéria de mídia ou
896 resolução, que seria da autoridade do presidente, deixar claro que todo recém-nascido
897 nascido daquele contrato é para ser incluído sim, sob pena de cair ou no ressarcimento,
898 ou na multa, sendo assim, se entra também em uma discussão posterior da inclusão, do
899 plano sem parto que já é outro assunto. Finaliza dizendo que o cumprimento da lei para
900 as pessoas que têm mais de 60 anos, o estatuto do idoso, no mesmo artigo 15 da lei
901 9656, quando é que se vai colocar em prática que o idoso acima de 50 anos, depois de
902 dez anos, não vai cair mais em reajuste? Entendendo que todas estas indagações têm
903 relação com a questão do ressarcimento, pergunta ainda qual o débito, o que foi cobrado

904 e qual o momento que a operadora sabe, como é que se pode saber, para até se saber
905 quem está querendo cometer algum ato que não seja de boa-fé, quem está praticando?
906 Consumidor, prestador, operador? Finalizou dizendo que realmente há necessidade de se
907 deixar esta relação menos conflituosa. Com a palavra, **Dra. Rosângela da Silva**
908 **Santos**, da FARBRA, que disse ter três dúvidas. Dentro do processo de eficiência
909 apresentado existe algum controle, quer dizer, quando a tudo ser eletronicamente feito
910 e, será aproveitando para que isso passe a ter um controle através de um banco de
911 dados, isso é um ótimo meio de estar se pesquisando e não se perder uma fonte de
912 informações. Entende ela que para a pesquisa seria um item a estar se priorizando.
913 Quanto à autuação eletrônica, claro que isso tem um mecanismo de segurança, então a
914 sua curiosidade é qual o custo disso, do mecanismo de segurança desse sistema. Pede
915 esclarecimentos, ainda, de como é que está a questão do credenciamento, entendendo
916 não ter a ver com isso, mas que este item não está respondido no modelo de gestão.
917 Questionando doutor Fausto, de como está o credenciamento das equipes
918 multidisciplinares, os multiprofissionais, que é outra grande preocupação que ela tem,
919 porque o paciente tem uma doença crônica e precisa desses outros profissionais.
920 Finalizou agradecendo. Dada a palavra ao **Dr. Arlindo de Almeida**, da SINAMGE, este
921 disse que se a finalidade do ressarcimento é, acredita, ser zero, para as operadoras
922 também, então a finalidade do ressarcimento sendo zero, o que se pede é que a agência
923 faça um esforço no sentido de poder haver uma identificação do paciente no momento
924 em que ele vai ser atendido. Entende ele que isso seja fundamental. Evidentemente isso
925 não vai ser na hora de uma emergência, de uma urgência, mas muitas vezes só ficam
926 sabendo que aquele paciente foi atendido pelo SUS depois de uma notificação feita pela
927 ANS, quando estão, inclusive, com a rede hospitalar ou ambulatorial absolutamente
928 ociosa. Esclareceu que não há qualquer tipo de problema, inclusive, para empresas
929 maiores ou menores de se fazer a remoção desse paciente quase que imediatamente,
930 caso haja essa possibilidade, evidentemente sem que houvesse qualquer
931 constrangimento para o paciente na hora do atendimento, e ele acredita que isso
932 tenderia a reduzir bastante. Continuando, disse que várias empresas têm pedido nesse
933 sentido de que haja esta identificação, e lembra que na década de 60 já era feito, era
934 identificado, sem haver constrangimento, sem nada, e se houver emergência, se o

935 paciente tem que ficar internado, então seria o caso de comunicar a operadora e a
936 operadora vai lá buscá-lo, vai com uma ambulância de UTI, se for o caso, e passa para a
937 rede dela. Finalizou dizendo ser este mais um apelo do que propriamente uma pergunta
938 ou uma questão a respeito. Com a palavra **Dr. Benício Paiva Mesquita**, do CFO, que
939 primeiramente parabenizou a ANS por voltar a tocar neste assunto que acaba sendo
940 bastante melindroso, que de uma hora para outra volta à tona, é discutido, mas lhe
941 parece que agora veio com uma certa eficiência e com certa determinação de que isso
942 possa ser levado à frente. Diz ser sabido que as operadoras de boa-fé, a grande maioria
943 delas, na realidade, resolvem seus problemas até certo ponto nas questões
944 administrativas, entretanto, para aquelas que muitas das vezes tende a descumprir
945 aquilo que está na legislação, a introdução da via eletrônica ele vê com bons olhos,
946 porque traz uma eficiência, traz resposta até certo ponto de imediato e, com isso,
947 também gera, tira aquela idéia, que é adotado na sociedade, não só aqui, mas em
948 qualquer processo que corra na Justiça Comum ou administrativa, da questão da
949 impunidade. Entende que a questão do papel muitas das vezes é utilizada para protelar e
950 com a via eletrônica tem-se uma resposta imediata. Pediu a palavra **Dr. Adriano**
951 **Mattheis Londres**, da CNC, que disse que todos estão discutindo ressarcimento em
952 torno da eficiência, do fazer certo as coisas. Então, a pergunta que ele quer fazer, e
953 imagina que a resposta seja muito difícil, é: quando é que se vai ter uma solução do
954 ponto de vista de eficácia, ou seja, do “fazer as coisas certas”? Temos alguma dica,
955 algum sinal, alguma boa notícia em relação a esse julgamento da ADIM pelo STF? Disse
956 ele que olhando a ata da 43ª. Reunião, data em que foi a última vez discutido o
957 ressarcimento ao SUS, lá já constava que se dependia disso, mas há alguma sinalização?
958 Caso contrário, ficaremos só na discussão. Entende que o objetivo é melhorar a
959 operacionalização, mas tem algo muito maior que é o fato de termos ou não alguma
960 previsão que algo possa ser feito para que haja uma definição concreta dessa questão,
961 uma vez que o que está sendo feito hoje é cumprir um artigo da lei. Segundo uma frase
962 que gosta muito “há leis que burlam o cidadão.” No seu entendimento, ressarcimento ao
963 SUS se enquadra nesta categoria, uma vez que a integralidade à atenção
964 constitucionalmente está previsto na constituição, não havendo razão, portanto para tal
965 artigo. Mas ele quer saber se tem alguma notícia, alguma previsão para que haja a

966 resolução efetiva desse assunto, caso contrário vai se ficar discutindo sempre o meio e
967 não discutindo ou focando no objetivo final que é o pode ou não pode existir o
968 ressarcimento ao SUS. **Dr. Fausto Pereira dos Santos**, Presidente da ANS, esclareceu
969 que o Ministro Saraiva, depois de uma reunião com vários atores do setor, fez uma
970 manifestação formal ao Supremo e ao Ministro Marco Aurélio Mello, que é o relator da
971 matéria neste momento, e o Ministro, na época, colocou que daria toda a agilidade
972 possível. Ministro Sarava saiu há dois anos e pouco e o Ministro Marco Aurélio Mello que
973 tinha, inclusive, a consultoria jurídica do Ministério da Saúde, despachou com o Ministro
974 Marco Aurélio Mello no sentido da agilização do processo. Imagina que a ADIM nessa
975 discussão vá continuar, mas acha que vale a pena voltar a insistir, inclusive com o
976 Ministro Temporão, para que se faça uma nova manifestação. Entende que há vários
977 aspectos, não só ressarcimento que está em discussão nesta ADIM, talvez o
978 ressarcimento seja uma das questões, mas são várias outras questões, e mudou-se
979 completamente o pleno do Supremo, da primeira manifestação da liminar em 2003,
980 acredita ser três ou quatro, mas que só dois ou três permanecem, o restante são todos
981 novos, novos Ministros, o que pode gerar mudanças. Entende que vale a pena insistir
982 com o Ministro Temporão para uma nova manifestação junto ao Supremo para que este
983 assunto possa ser enfrentado de forma mais definitiva. Informando à Dra. Rosângela
984 sobre a questão do credenciamento de outros profissionais, esclareceu que a ANS sabe
985 que está tendo alguns problemas, assim, pontuais, mas que não têm, do ponto de vista
986 de manifestações de conjunto de reclamações ou de processualização dessa questão.
987 Acredita que está em andamento, em alguns lugares com mais agilidade, outros ainda
988 com alguns percalços, mas não que isso seja uma questão sistemática e que esteja
989 acontecendo em todo o país ou com o conjunto das empresas. E, por último, esclarece
990 que saiu uma matéria na rede Bandeirante, anteontem, dizendo que tem várias
991 empresas que têm liminares para não aplicar a 167. Aproveitando a oportunidade, ele
992 quer reiterar de público que não existe nenhuma liminar que desobrigue nenhuma
993 empresa de aplicar a 167, e que a 167 está em vigor na sua plenitude e todos têm que
994 cumprir a resolução, salvo se caracterizar negativa de cobertura, que se assim o fosse, a
995 ANS seria a primeira a ser notificada, porque seria réu, mas não se tem nenhuma
996 informação de nenhuma liminar que suspenda os efeitos da 167, seja para uma empresa,

seja para um conjunto de empresas. A discussão da questão da inclusão dos transplantes que transcorre numa ação em Pernambuco, não é de suspensão da 167, é de alteração da 167. A 167 do jeito que está, está em pleno vigor. Na sequência, passou a palavra à **Dra. Ângela Skatena**, da ANS, para os esclarecimentos solicitados. Inicialmente agradeceu aos que elogiaram a iniciativa, dizendo que realmente foi um empenho e um esforço muito grande de uma equipe que está muito voltada para trazer soluções para que se consiga fazer estes valores dessa maneira rápida e mais eficiente possível, para se fazer esta cobrança com o menor custo possível às operadoras e que esta cobrança seja feita a mais correta possível também. Com relação à eventual desorganização do arquivo, da quantidade da papéis que se tem, diz que foi época em que realmente tinham uma confusão de papéis muito grande no arquivo da agência, não que erros ainda não aconteçam, mas está já superados há tempos a fase de desorganização. Os arquivos estão sistematizados, organizados e informatizados, facilitando o trabalho. Esclarece que teve um custo administrativo imenso para a agência e resultou também em efeitos de demora nos julgamentos das impugnações, mas em relação a isso, mesmo que se tenham já arquivos organizados, o que se quer é ter arquivos menores e mais eficientes. Com relação à pergunta da doutora René a respeito dos valores, diz que não trouxe os valores nessa apresentação, porque não era o objetivo, mas o que se tem de importante são as AIHs passíveis de ressarcimento, a AIH que se poderia cobrar e que são devidas estão em torno de 520 milhões, e a agência já cobrou no começo desse ano 472 milhões, destes, 87 milhões foram pagos, portanto, há uma grande inadimplência em relação aos valores do ressarcimento, mas que muito próximo da totalidade dos valores devidos já estão cobrados. Neste sentido esclarece que estão montando equipes, que há umas duas semanas iniciaram o trabalho de triagem de processos desses arquivos, já estão com créditos mais organizados, conhecendo melhor as informações que tem dentro desses volumes, então iniciaram atividades no sentido de agilizar as inscrições, os encaminhamentos para inscrição para a Procuradoria, com a finalidade do Cadim e, na dívida ativa, que é o último passo processual. Esclareceu, ainda, que nesta semana encaminharam alguns processos e acredita que foram dez operadoras, 14 processos, e em uma semana já conseguiu colocar o processo em ordem e colocar para andar. Fizeram uma força-tarefa para estes encaminhamentos, mas são

1028 87 milhões que foram pagos. A questão que se levanta a respeito de planos antigos e
1029 planos novos, os planos antigos a agência cobre ressarcimento sim dos atendimentos
1030 efetuados pelo SUS a beneficiários de planos antigos. Este, inclusive, é um dos
1031 problemas, mas cobram, porque no plano antigo tem-se que ver o contrato, no plano
1032 novo se teria maiores facilidades, porque teria uma presunção de que teria que fazer e
1033 ficaria só com carência, fora de abrangência e alguns aspectos legais para julgar, mas os
1034 planos antigos não, os planos antigos tem que se ver o contrato. Esclareceu que se
1035 cobram o ressarcimento então de planos antigos. Beneficiários de planos antigos do SUS
1036 a operadora deve ressarcimento, embora tenha exclusão contratual, e que ela não pode,
1037 como diz a lei, devido à cobertura, tem que olhar a cobertura e como se está cumprindo
1038 a lei, vai olhar se tinha cobertura, e, em tendo, se cobra. Quanto à questão que se
1039 levanta à respeito de como a ANS sabe, é um mecanismo de relacionamento nominal de
1040 banco de dados que é realizado entre o banco da agência, dos cadastros de beneficiários
1041 e outros bancos da agência, como cadastro de operadoras, cadastros de planos. Com o
1042 sistema de informação, no momento, o sistema de informação hospitalar do SUS, é
1043 assim que se identifica e esta identificação não é momentânea. A respeito das
1044 quimioterapias e plano ambulatorial, não cobraram ainda, a agência não faz a cobrança
1045 de atendimento ambulatoriais identificados, que é o caso das quimioterapias, mas
1046 quimioterapias eventualmente realizadas em regime de internação ou outros
1047 procedimentos, mas classicamente são realizados em ambulatórios como hemodiálise. Se
1048 realizados em paciente internado, já se faz. Respondendo à Dra. Rosângela a respeito
1049 dos bancos de dados, esclareceu que a agência tem uma grande preocupação na
1050 manutenção e formação de bancos de dados com bastante consistência e que tragam
1051 informação para vários públicos das áreas. Não é diferente com o ressarcimento. Já se
1052 tem muitas informações e acreditam que este processo eletrônico vá melhorar a
1053 utilização dessas bases, porque o processo de ressarcimento, como ele está, grande
1054 parte da informação ainda está em papel e irão trazer tudo para meio eletrônico.
1055 Acredita que com isso vá melhorar, aumentar as possibilidades de estudo, e de um ponto
1056 de vista mais pragmático para o próprio ressarcimento e para outras atividades da
1057 agência, o meio eletrônico trará informações que permitam, por exemplo, melhorar o
1058 ABI, tirar pessoas fora, porque no banco aquela pessoa não tem aquela cobertura, aquilo

1059 não está dentro de um processo físico, aquilo está dentro de um banco que ela já viu
1060 aquilo antes e que, naquele caso, naquele banco já tem aquela cobertura, não tem que
1061 fazer aquilo novamente. Então acredita que vai trazer grande agilidade. Quanto à
1062 questão de certificação para as operadoras, o custo para as operadoras dessa certificação
1063 é bastante baixo, R\$ 1.500,00 para a operadora a certificação digital. Em relação à
1064 solicitação do doutor Arlindo do esforço para identificar no momento do atendimento, não
1065 se sabe se um paciente está sendo atendido no hospital do SUS, se ele não está sendo
1066 atendido no hospital de operadoras, o que a agência tem e faz são ações nesse sentido,
1067 o Ministério também age neste sentido, buscando implementar ações que efetivem a
1068 implantação do cartão de identificação, cartão nacional de saúde, mas no momento o
1069 que a agência está trabalhando ainda é com a identificação após o atendimento.
1070 Concernente à identificação, explicou que o SUS tem um direito, aí fica aquela coisa de
1071 se ter um modelo universal de assistência e a questão da identificação sem o
1072 constrangimento com o qual se preocupam, acredita que seja difícil alcançar, mas
1073 acredita que essa seja uma atividade que, não só do ressarcimento, mas uma atividade
1074 de integração com o SUS que se deve sempre estar buscando. Finalizando, diz que o
1075 banco de dados da ANS está sendo já negociada, acertado a certificação digital dos
1076 bancos e que estão também buscando já mecanismos para que servidores façam
1077 assinaturas digitais desses processos, que já está se moldando, e acredita que já tenha
1078 estudo na DIBIS a respeito da formatação de uma norma para que operadoras também
1079 trabalhem com certificação digital. **Dra. Josefa Renê Santos Patriota**, da ADUSEPS,
1080 pede a palavra e diz que entende que já se está chegando a um consenso, que o objetivo
1081 é que se cumpra o contrato, que o ressarcimento vá à zero, e que se cada um cumprir
1082 seu papel, evidentemente que teria a diminuição de tudo isso. Vislumbra que de repente
1083 se poderia fazer uma campanha única envolvendo agência, operadores, usuários, de
1084 esclarecimento, mesmo que o usuário do SUS, lógico que qualquer pessoa tenha direito
1085 ao SUS, mas por que faz o plano de saúde? Naturalmente porque tem o direito. Por que
1086 ele é jogado no SUS? Porque tem um motivo. Se pudesse pensar de que maneira uma
1087 campanha nacional única mesmo da ANS, das operadoras, um compromisso não só da
1088 ANS, mas de todos envolvidos para que os usuários que são atendido no SUS,
1089 imediatamente, se ele tem plano de saúde, a agência saiba, a ABRANGE saiba, FENASEC

1090 saiba, consumidores saibam, enfim, que se tenha interesse real em fazer concretizar,
1091 não é porque ele tem direito ao SUS que se vai dizer a ele que ele também tem direito
1092 àquele contrato. Em relação ao que a Dra. Ângela disse que cobra, antes de Lei 9.656,
1093 desde que se tenha cobertura, ela diz que só para uma questão de se analisar esta
1094 resposta, ele tem direito contratual sim, se cobra, quando ele não tem direito contratual
1095 escrito, pode ser que aquele contrato dele esteja, senão em desobediência à lei, porque é
1096 anterior a 9.656, mas esteja em obediência ao Código de Defesa do Consumidor que, de
1097 acordo com o decreto 5366, da época de Castelo Branco, através da resolução 38, diz o
1098 seguinte: que todos os contratos firmados na época do Código de Defesa do Consumidor
1099 tinham que ser adequados ao Código de Defesa do Consumidor. Desta feita, mesmo que
1100 não esteja no contrato a cobertura, mas se desobedecer ao Código de Defesa do
1101 Consumidor, se a agência não tiver legalidade para cumprir aquilo, tem que chamar o
1102 CDC, porque a lei do consumidor está desde 90 e se sabe que os contratos da década de
1103 90 desobedecia ao Código de Defesa do Consumidor e só começou a obedecer por causa
1104 da Lei 9.656. Finalizando, sugere que, se possível, pensar em novembro, a título de
1105 sugestão, para se fazer um encontro da Câmara, em vez de ser de um dia, que seja de
1106 três dias, para que pudesse, até sugere que seja em um hotel mais simples, mas que se
1107 pudesse ficar no hotel e não ter gastos, a fim de se discutir realmente o que é consenso
1108 já para selar algumas coisas, para deixar bem claro o que se pode de judicialização, etc.
1109 Acredita que seria importante se chegar num consenso em relação a isso. **Dra. Angela**
1110 **Skatena** pede a palavra dizendo que a questão de cobertura usar ou não o SUS, se
1111 houve alguma infração por parte da operadora em relação ao Código de Defesa do
1112 Consumidor, esta não pode ser suprida, não tem o ressarcimento ao SUS, não tem
1113 autorização legal; o artigo 32 não dá autorização legal para cobrar ressarcimento de
1114 cláusulas de procedimentos que estejam excluídos; dessa forma, só se pode cobrar o que
1115 está incluído no contrato. Se faz necessário apreciar o contrato, e isso já foi reafirmado
1116 também no julgamento preliminar da ADIM, dessa forma, não se pode cobrar o que não
1117 está no contrato, o que não impede que os órgãos de defesa do consumidor, o próprio
1118 beneficiário, ir ao Judiciário em busca dessa cobertura, mas em um processo
1119 administrativo não se tem como fazer esta cobrança. **Dr. Sérgio Augusto Werneck de**
1120 **Almeida**, do Procon – SJC pede a palavra e diz que quando a agência verifica que o

1121 contrato fere algum dispositivo do Código de Defesa do Consumidor, ele entende que a
1122 obrigação da agência é agir no sentido de exigir que a operadora faça a adequação do
1123 seu contrato ao que está previsto no Código de Defesa do Consumidor, uma vez que
1124 existe uma determinação legal de que as operadoras estão também obrigadas ao
1125 cumprimento do que determina o Código de Defesa do Consumidor, e a agência, quando
1126 verificar o descumprimento, entende que ela tem o dever de ofício de exigir que o
1127 contrato seja adequado às normas de defesa do consumidor. **Dr. Fausto Pereira dos**
1128 **Santos**, Presidente da ANS, esclarece que não se cobra o ressarcimento dos planos
1129 antigos, segundo o que a Dra. Ângela esclareceu, desde que previsto em contrato, o que
1130 limita a agência de alguma forma. Mas estas questões que já têm jurisprudência, já têm
1131 decisão, a agência também assimila enquanto motivo para não pagar AIH. Do ponto de
1132 vista administrativo não se pode encaminhar. Com relação a esta questão da certificação,
1133 acredita que o doutor Alfredo vá exigir provisionamento do custo da certificação das
1134 empresas e quando ele foi falar em custo a reação foi imediata. Ele exigiu
1135 provisionamento desses R\$ 1.500 reais para grandes empresas no balanço para fazer
1136 frente a esta dificuldade. **Dr. Sérgio Augusto Werneck de Almeida**, Procon – SJC
1137 acrescenta que se a ADIM exigir isso ela está apenas aproveitando uma obrigação que já
1138 existe a estas operadoras. **Dra. Marília Ehl Barbosa**, da UNIDAS, pede a palavra para
1139 agradecer ao Dr. Fausto pelas palavras que externou no início da reunião quanto à
1140 presidência da Capesesp e aproveita o ensejo para convidar a todos para sua posse e a
1141 dos novos membros eleitos do conselho deliberativo fiscal, que se realizará no dia 1º de
1142 julho, às 15h30, no Centro de Convenções da Bolsa de Valores do Rio, na Praça XV.
1143 Esclarece que a Capesesp é um fundo de pensão e, além da posse, também será a
1144 comemoração do cinquentenário da Capesesp. **Dr. Fausto Pereira dos Santos**,
1145 Presidente da ANS, acrescenta que a Capesesp é uma operadora de auto gestão e que a
1146 Dra. Marília, agora, além de ser presidente da Unidas, assume a Capesesp que também é
1147 uma empresa de grande importância de auto gestão que atende no país inteiro e está
1148 vinculada mais aos servidores públicos do Ministério da Saúde e da Funasa. Finaliza
1149 agradecendo a presença, reitera o convite a que todos efetivamente participem desse
1150 conjunto de atividades que vem na sequência, das Câmaras Técnicas, tanto de

1151 qualificação, quanto a segunda Câmara Técnica da Portabilidade e das discussões sobre a
1152 nova modelagem do ressarcimento.

1153

1154 **ENCERRAMENTO** - Nada mais tendo a declarar, Dr. Fausto declarou encerrada a
1155 reunião.

1156

1157 Agência Nacional de Saúde Suplementar

1158 Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS

1159 Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde - ADUSEPS

1160 Associação Médica Brasileira – AMB

1161 Associações de Consumidores de Planos Privados de Saúde – PRO TESTE

1162 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS

1163 Confederação Nacional do Comércio – CNC

1164 Confederação Nacional da Indústria - CNI

1165 Conselho Federal de Medicina - CFM

1166 Conselho Federal de Odontologia – CFO

1167 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN

- 1168 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

- 1169 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED

- 1170 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

- 1171 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

- 1172 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – AFB

- 1173 Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias Especiais – FARBRA

- 1174 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG

- 1175 Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA

- 1176 Força Sindical

- 1177 Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde

- 1178 Fundação PROCON São Paulo

- 1179 Fundação PROCON SJC

- 1180 Segmento de Autogestão da Assistência à Saúde – UNIDAS

- 1181 Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINO

1182 Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

1183 Ministério da Fazenda - MF