

Transcrito por Rafael de Souza Alberto

Arquivo: ans_05dez14_manha

(intervenção feita fora do microfone até 00:03:46)

P/Martha – Bom dia, acho que ainda tem bastante gente chegando, mas se a gente não começar, a gente não termina hoje. Obrigada pela presença de vocês aqui na nossa última reunião, olha que alegria gente, vai acabar né? Primeiro falar um pouquinho como é que vai ser a dinâmica de hoje e como que vai ser o cronograma daqui pra frente. Então a nossa dinâmica de hoje é a seguinte, a gente vai pegar todos aqueles papezinhos que a gente pegou pra vocês, vamos ler tudo. Porque quem não leu tem que estar na mesma página de quem leu. Então a gente vai simplesmente ler tudo. Depois a gente vai voltar na primeira e vai artigo por artigo de cada uma. E aí o nosso papel aqui hoje é, tá ok o artigo, deixa com a redação que tá, passa para o outro. Não tá ok, fica, sai. Decidimos, passa para o outro, a redação tá ruim, se a gente não sair daqui com a redação boa vai a redação do jeito que tá. A gente não tem mais tempo lá dentro pra ficar processando isso, então a nossa tarefa hoje é sair daqui com essa norma pronta. Qual é o problema? É bastante coisa. Então a gente vai ter que ser razoavelmente ágil pra fazer isso. A gente só terminou na hora que a gente mandou pra vocês, se a gente tivesse conseguido terminar antes, a gente teria mandado antes, mas a gente ainda teve que fazer uma mudança de lá pra cá, por quê? Porque a gente viu e a procuradoria também sinalizou isso pra gente, que como a gente colocou uma RN e três INS ou quatro, não lembro, tava confuso, porque o mesmo assunto estava em dois lugares diferentes. Então você tinha que colocar duas páginas pra poder completar o mesmo assunto. Então tinha reajuste na RN e reajuste na IN e a gente tinha que olhar contrato na RN e na IN. A sugestão foi, a gente fez três RNS e uma IN. Então tá por assunto agora. Essa é a única mudança para facilitar o entendimento de cada tema. O resto é (ininteligível) que a gente mandou pra vocês. Tá, qual é o problema, se tiver alguma coisa daquela em outra, que componha, a gente vai tá discutindo aquele assunto sem ter lido a outra. Pra quem já leu tudo, não tem problema, mas quem ainda não leu, a gente pode tentar isso pra ir ainda mais rápido. Três RNS e uma IN. Outra coisa que eu queria combinar com vocês, vamos ter que ter calma hoje. É um assunto dinâmico, é um assunto envolvente, é um assunto caloroso, mas nós estamos aqui todos com o mesmo espírito. Eu tenho certeza. Eu brinquei com o doutor Salomão, eu tenho certeza que isso aqui hoje vai ser um casamento, no final a gente inclusive vai dar beijo na boca ao sair, porque em algum momento a gente vai falar: manifeste-se agora ou cale-se para sempre, não é isso? Então a gente vai vivenciar aqui dentro hoje um casamento, manifeste-se

agora ou cale-se para sempre, então a gente vai ter que ir com calma, respirando. A ideia da tradução de tudo que a gente discutiu para isso aqui, foi uma tradução. Só tem um artigo aqui que ainda não tinha sido efetivamente todo discutido, o resto é exatamente o que a gente discutiu nas outras reuniões transcrito por uma forma de resolução. Tá bom? Então vamos ter calma, a gente vai passar artigo por artigo e vai ouvir todo mundo. Eu só peço que vocês tenham a noção do tamanho disso. Então se a gente se detiver muito tempo em um artigo só a gente vai sair daqui 22 horas com o hotel cobrando extra da gente, porque a gente não vai ter como fazer. Então vamos na paz. A gente pode tentar a proposta do Paulo. E RN por RN e se a gente ver que tá confuso, a gente volta e lê tudo. Talvez a gente consiga ir mais rápido. Cronograma, hoje a gente discute isso aqui, hoje mesmo eu tenho que mandar para uma colegiada eletrônica, para apreciação, porque tem dois passos para uma norma ser publicada, primeiro os diretores tem que apreciar e só na semana seguinte eles podem deliberar. Então hoje mesmo eu tenho que mandar para apreciação. Dia 10 tá marcada a colegiada presencial onde a gente vai deliberar isso, então é óbvio que os diretores estão cientes disso que a gente tá discutindo aqui, mas na hora do voto é artigo por artigo. Então se vota sim artigo por artigo e alguma mudança pode haver? Pode, claro. Depois vocês vão ter acesso a ata da colegiada, como é que foi, foi três a dois, um a zero, quatro a um, enfim. Vocês vão saber como que isso se desenvolveu, mas pode ter mudança? Pode. Isso é a primeira coisa. Então a colegiada é dia 10 e o nosso desejo, a nossa vontade é que isso seja publicado até o dia 12. Que é uma sexta-feira. Tá bom? Então esse é o cronograma que tá na nossa cabeça. Vamos começar. A gente pode ir RN por RN, a gente vai ler ela inteira e depois a gente volta artigo por artigo. Tá? Vamos Jaque.

P/Jaqueline – Bom dia a todos, também queria agradecer a presença a aproveitar a oportunidade para agradecer a minha equipe que fez um trabalho intenso nos últimos dias, tá todo mundo aqui, então a gente espera que consigamos discutir e aprofundar o fruto desse trabalho. Renata, por favor, coloca a RN de substituição. Acho que todos os senhores receberam né, que estão aqui presentes, que tiveram oportunidade de ler o material antes de vir aqui hoje, então vamos começar pela RN de substituição. A opção foi fazer três RNS como havíamos combinado para facilitar qualquer necessidade de adulteração no futuro, então RN, número a ser definido, ainda dispõe sobre substituição de prestadores de serviço de atenção a saúde não hospitalares, para os hospitalares continuará valendo as regras já existentes, aí pode passar essa parte da de cima da diretoria colegiada, dispõe e tal. Então disposições pré-liminares. Esta resolução normativa RN dispõe sobre a substituição de prestadores de serviço de atenção a saúde não hospitalares. Para fins do disposto nessa resolução considera-se prestador, pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção a saúde no âmbito dos planos privados de assistência a saúde. E região de saúde, o espaço geográfico definido na

resolução normativa RN 259 do dia 17 de junho de 2011, suas alterações combinada com a instrução normativa e IN dipro, número 37 do dia 25 de novembro de 2011. Aquela lógica de considerar a mesma definição da 259. Capítulo 2 da substituição de prestadores não hospitalares. Se são um, da substituição. É facultada a substituição de prestadores de serviço de atenção a saúde não hospitalares, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários com 30 dias de antecedência. Essa é a redação da lei. A operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a sua rede de atendimento desde que comprovado através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento correspondendo aos serviços que estão sendo excluídos. Parágrafo segundo disposto no (ininteligível) se aplica as pessoas físicas ou jurídicas independente de sua condição como contratados referenciados ou credenciados. Parágrafo terceiro, a substituição deve observar a legislação da saúde suplementar em especial ao que se refere ao cumprimento dos prazos de atendimento e a garantia das coberturas previstas nos contratos dos beneficiários. Parágrafo quarto, a operadora responsável por toda a rede de prestadores oferecidas aos seus beneficiários, independente da forma de contratação ser direta ou indireta, então quem contrata rede indireta tem que dar conta da substituição. Se saiu alguém da rede indireta e aquela rede não houve substituição com quem contrata, a operadora que usava rede indireta tem que providenciar a substituição. Por ocasião da substituição de prestadores não hospitalares, a operadora deverá observar pelos seguintes princípios. Disponibilidade de rede assistencial capaz de garantir assistência a saúde, sua continuidade, pela faculdade de acesso de atendimento por profissionais ou serviços de saúde considerando a cobertura assistencial contratada, garantia da qualidade da assistência a saúde, considerando os seguintes atributos, eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e segurança do paciente, utilização de informação demográficas epidemiológicas relativas ao conjunto de beneficiários com quem mantém contrato para o estabelecimento de prioridades de gestão e organização da rede assistencial e direito a informação ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários quanto a composição e localização geográfica de sua rede assistencial. Artigo quinto, a substituição de que trata o artigo terceiro não exime a operadora de atender aos demais critérios de manutenção e cadastramento de prestadores de serviço de atenção a saúde na rede assistencial da operadora conforme disposto na RN 85 e instruções normativas específicas da Dipro. Seção dois, dos critérios de equivalência. Então sobre seção um. Estabelecimentos de saúde não hospitalares. A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência tanto da substituição do estabelecimento não hospitalar, como pessoa jurídica, exceto os profissionais previstos no artigo sétimo por outra e sua rede assistencial do plano. Mesmo tipo de estabelecimento conforme registro do prestador do cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde CNES. Mesmos serviços especializados conforme registros do prestador no

CNES, localização no mesmo município. Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município, poderá ser indicado o prestador em município limítrofe a este. Em casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado o prestador na região de saúde a qual faz parte o município. No caso de ausência de cadastro no CNES do prestador a ser substituído, e ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados utilizando como referência a descrição do tipo de estabelecimento e de serviços especializados adotados pelo CNES para a verificação da equivalência de prestadores. Então é interessante que essa descrição esteja no contrato quando você for descrever o serviço e usar essa referência do tipo de estabelecimento e dos serviços especializados adotado pelo CNES. Subseção 2, profissionais de saúde que atuem em consultório isolado. A operadora deverá observar os seguintes critérios de equivalência quanto da substituição de um profissional de saúde que atue em consultório isolado, conforme cadastro no CNES, pessoa física ou jurídica por outra em sua rede assistencial do plano de saúde. Habilitação legal para exercer a mesma profissão e localização no mesmo município. Aí é a mesma lógica, no caso de indisponibilidade no município, o município limítrofe em caso de indisponibilidade ou inexistência no município limítrofe, região de saúde. Seção três das exceções. É permitida, essa seção aqui tá sobre olhar atento da procuradoria, então pode sofrer alguma alteração. É permitida a exclusão de prestadores não hospitalares da rede assistencial do plano de saúde sem substituição nas seguintes situações, rescisão do contrato coletivo que ocasiona em redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado. Era aquela discussão que nós fizemos de perda significativa de carteira. A ausência de prestação de serviços para o plano de saúde por no mínimo 12 meses consecutivos. Quando houver suspensão do atendimento em massa para o plano de saúde como método coercitivo de negociação. Quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento referente aos procedimentos contratados, respeitados os limites de cobertura e a existência de mecanismos de regulação financeira e previstos no contrato. Aquela cobrança fora para fazer procedimento contratado. Aí agora é a exceção da exceção. As exceções previstas no artigo oitavo não se aplicam as operadoras que tenham tido a comercialização de produtos suspensa em áreas de atuação que incluam o município onde o prestador a ser excluído está localizado, nos últimos dois ciclos de monitoramento da garantia de atendimento. Ou estejam em regime especial de direção técnica. Capítulo três, da comunicação aos beneficiários. O portal corporativo e a central de atendimento das operadoras, devem manter atualizadas as informações das instituições havidas em sua rede assistencial para a consulta pelos beneficiários observando os critérios mínimos definidos a instrução normativa da (ininteligível) a informação de que trata o ___ deve ser disponibilizada com

antecedência mínima de 30 dias contados da data da efetiva substituição e deve permanecer acessível por 180 dias. Excepcionalmente, nos casos em que houver suspensão definitiva do atendimento por parte do prestador sem cumprimento do prazo de notificação ou não renovação contratual estabelecida entre as partes ou rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, a operadora deverá comunicar aos beneficiários a exclusão do prestador na data em que tomou conhecimento do fato. Providenciar a sua substituição e comunicar aos beneficiários no prazo de 60 dias contados da data em que tomou conhecimento da suspensão do atendimento. Artigo 11. A operadora deve comunicar por qualquer meio que garanta ciência ao contratante do plano pessoa física ou jurídica que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no portal corporativo, na central de atendimento e os respectivos endereço eletrônico e telefone onde o beneficiário pode ter acesso a essa informação. A comunicação do endereço eletrônico ou telefone específicos do local onde o beneficiário tem acesso as substituições deverá ocorrer por ocasião da assinatura do contrato com o contratante do plano pessoa física ou jurídica e no mínimo a cada 90 dias ou sempre que houver alteração dos respectivos endereço ou telefone, então não precisa mandar todo mês, mas essa informação tem que no mínimo a cada 90 dias do endereço, a substituição tem que ficar lá no site. A comunicação de que trata essa seção não exige a operadora de atender as demais disposições da RN 285 que trata da formação sobre a rede. Capítulo 4 das exposições transitórias, artigo 13, fica concedido o prazo de 90 dias contados a partir da data de publicação desta resolução para que as operadoras promovam as atualizações e seus sistemas de informação necessários ao adequado cumprimento das regras de comunicação aos beneficiários no portal corporativo das operadoras. Parágrafo primeiro, a primeira disponibilização das informações sobre a substituição de prestadores no portal corporativo em conformidade com as regras de comunicação previstas na regulamentação devem conter o histórico das alterações havidas desde a data de publicação dessa RN. Então qualquer alteração havida a partir do momento da publicação da resolução, ela terá que ser comunicada, nós estamos dando 90 dias para adaptar o portal, mas não é que essas substituições não devam ser comunicadas daqui a 90 dias não. Publicando a resolução qualquer alteração, rescisão contratual deve ter uma substituição e isso terá que ser comunicado em até 90 dias da vigência. Aí tem que ver como está lá no final, porque eu _____. Durante o período de atualização dos sistemas previstos no ____ as operadoras estão desobrigadas de observar as regras de comunicação da substituição podendo utilizar qualquer forma de disponibilização no portal. Então é isso, para criar um espaço específico são 90 dias, mas já tem que comunicar a partir da publicação. Bota um PDF, alguma coisa em algum lugar do site tem que tá disponível essa informação a partir da vigência da RN. Disposições finais, o disposto nessa resolução não se aplica a relação entre o profissional de saúde cooperado submetido ao regime jurídico

das sociedades cooperativas na forma da lei 5764 e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médico, odontológica a qual está associado. Mas para os outros prestadores que não são cooperados e são vinculados a rede da cooperativa se aplica. Profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras. Administradoras de benefícios. Os descumprimento disposto nessa resolução sujeitará a operadora e as ___ cabíveis previstas na regulamentação em vigor. Essa resolução normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

P/Martha – Renata, volta lá então para o primeiro artigo, por favor. Agora vamos organizadamente. Vamos lá, artigo primeiro, pode descer um pouquinho linda. Aí olha. Capítulo um, artigo primeiro e segundo, acho que a gente pode passar, certo? Pode descer Renata. Capítulo dois, artigo terceiro, é facultada a substituição desde que por outro equivalente, é o que tá na lei. Parágrafo primeiro, a operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a sua rede desde que comprovada através de aditivo que houve aumento através da capacidade de atendimento correspondente aos serviços que estão sendo excluídos. Pode? Segundo, o disposto no ___ se aplica a pessoas físicas ou jurídicas independente de sua condição de como contratado, referenciado ou credenciado. Pode. Terceiro, a substituição deve observar a legislação da saúde suplementar em especial no que se refere ao cumprimento nos prazos de atendimento e a garantia das coberturas previstas, ok? Quarto, a operadora responsável por toda a rede oferecida aos seus beneficiários independente da forma de contratação ser direta ou indireta. Por ocasião da substituição de prestadores não hospitalares a operadora deve observar os seguintes princípios. Pode? Quinto. Uma mão, Virginia. Quando eu perguntar pode é porque aquilo ali já foi aprovado. Já aprovamos até o artigo quinto.

P/Virginia – Parágrafo quarto, a operadora responsável por toda a rede de prestadores oferecida aos seus beneficiários independente da forma de contratação ser direta ou indireta.

P/Martha – Ok, é o parágrafo quarto do artigo terceiro.

P/Virginia – A gente já tinha feito as ressalvas com relação quando a gente contrata as redes de cooperativa. Então a partir do momento em que, mesmo que com todas as nossas ponderações as nossas cooperativas ficaram fora, ao menos elas deveriam ter nessa normatização ao invés de falar que elas não se aplicam, que elas deveriam comunicar no portal às vezes exclusões. Porque se não como que o meu beneficiário ao acessar a rede indireta de uma cooperativa vai saber se aquele profissional está ou não.

P/Martha – Então, esse é o problema da rede indireta. A rede direta é um problema seu. Aí o que que acontece? As cooperativas foram excluídas na lei e aí a gente fez essa discussão assim, eu não posso dizer que o legislador

esqueceu, porque ele colocou o cooperativado no 18, então ele não esqueceu, ele fez intencionalmente, então como ele fez intencionalmente eu não posso fazer diferente. Quando você contrata uma rede indireta, o que quê a gente enxerga? Em vez de você estar contratando o Rafael, você tá contratando via Rafael um pacote de pessoas, isso é uma rede indireta. Só que você é responsável por essa contratação, né? Quando o Rafael se exclui, se ele exclui só uma pessoa de lá de dentro, você é responsável por aquela pessoa que ele excluiu que tava indiretamente te prestando atendimento. Se o Rafael se exclui totalmente é você que vai ter que dar conta daquelas 100 pessoas que estavam no contrato com o Rafael. E ao mesmo tempo você vai ter que substituir aquelas 100 pessoas. É isso que a lei fala.

P/Virginia – Deixa eu fazer uma ponderação com relação... Imagina a contratação de uma clínica. Na contratação de uma clínica eu vou ter que olhar o tipo de estabelecimento e o serviço prestado. Se aquela clínica tinha 30 profissionais e passou a ter 28, eu não vou fazer nada. Quando eu contrato uma cooperativa, eu to contratando toda a cooperativa. Então se ali tem uma movimentação que não implica em substituição de rede pela norma...

P/Martha – Não implica pra ela, pra você implica.

P/Virginia – Eu to contratando como se fosse aquele CNES.

P/Martha – Não, assim, a gente não conseguiu fazer essa leitura da lei tá Virginia? Assim, a lei exclui a palavra cooperado para a relação com a cooperativa, mas não exclui pra você. Muito provavelmente na hora que você contratar essa cooperativa, você vai ter que fazer esse controle de rede. O que quê eu to contratando contigo? A cooperativa vai ter que te dizer o que ele vai tá contratando e você vai ter que ter uma maior gestão dessa rede indireta.

P/Virginia – Ainda pressupondo que fosse possível substituir por um outro não vinculado a essa cooperativa, mas aqui fala que...

P/Martha – Você pode, a cooperativa que não pode. Você pode.

P/Virginia – Eu só contratei a cooperativa por ____, não tem outro prestador pra contratar.

P/Martha – Na área de abrangência. Gente, olha só. Eu falei que algumas discussões, elas deveriam ter sido feitas no senado e na câmara. Não é isso? A gente não vai vencê-las aqui dentro. Eu não posso dizer que quem contrata a rede indireta não é responsável pela rede indireta. É.

P/Voz não identificada – A operadora da rede indireta também vai ter que substituir. Se ela tirou um prestador lá, ela vai ter que... O cooperado não, porque o cooperado tá fora.

P/Virginia – Por isso que eu falei que se no portal tivesse pelo menos as exclusões para a cooperativa, então eu não to interferindo na lei.

P/Martha – Virginia, olha só, eu Martha não posso obrigar que a cooperativa coloque isso no portal. A lei me diz que eu Martha não posso para os cooperados. Para os não cooperados eu to exigindo. Agora você, na hora que você faz o contrato com a cooperativa pode exigir isso.

P/Virginia – Martha, hoje a norma do portal cooperativo já exige que as cooperativas façam isso, então seria até um absurdo a gente falar que a norma não permite.

P/Martha – Ah, essa norma aqui?

P/Virginia – Isso, o artigo 17 fala de substituição. O que eu to ponderando não é substituição, é exclusão. Eu to ponderando sobre a exclusão do beneficiário, do cooperado. Quando um cooperado é excluído, ele deveria prever aqui que ele vai sair do portal para que na hora de eu informar rede indireta, estar vinculado. Então como a 285 hoje já exige essa exclusão, só o modelo de exclusão ficar compatível com essa normativa.

P/Martha – Temos até às sete da noite.

P/Monica – Precisa dizer o nome, federação? Eu concordo com a Virginia com as suas ponderações. E entendo também que essa troca de informação entre as operadoras tanto a contratante quanto a contratada, ela consta do contrato. Só que nós sabemos muito bem que o que pode acontecer se uma das partes descumprir é rescisão, mas a penalização para o beneficiário é muito maior. Então o que eu sugiro aqui, uma forma de contornar o que a lei deixou omitido é o normativo trazer uma obrigação para as duas partes, por mais que isso esteja em contrato que podem não ser observadas até intencionalmente. Então se nós inseríssemos um parágrafo dizendo que cada operadora contratada de forma indireta, a comunicação, a operadora contratante quaisquer casos de alteração de rede com 30 dias de antecedência

P/Martha – Mas olha só Monica, o que você tá me pedindo, eu tenho uma rede que eu sul America contrato indiretamente com a Unimed Cuiabá.

P/Monica – Ou com qualquer outra operadora.

P/Martha – E aí você tá pedindo para eu interferir nesse seu contrato sul América, Unimed BH, Cuiabá, qualquer que seja, para no contrato entre vocês isso ser uma obrigação.

P/Monica – Não, no contrato isso já é uma obrigação. O problema é que a penalidade que pode ser estabelecida entre as partes e a rescisão, às vezes a própria operadora tá querendo rescindir. E aí isso até não caiba multa, isso vai

ser discutido judicialmente. O que eu to tentando trazer é reforçar uma obrigação para que o beneficiário seja protegido, porque...

P/Martha – Então olha só, o beneficiário pela 285 ele tem a informação da rede atualizada para todo mundo. Cooperado, não cooperado, para o mundo. O que a gente tá falando aqui é aquela listinha do entrou, saiu. Não é isso?

P/Monica – Isso. Eu to imaginando o caso, porque eu já vivenciei isso, as operadoras têm contrato, tem previsão de comunicação, de substituição só que elas simplesmente não observam pelo dia-a-dia, seja lá por que for. Cabe até penalidade para outra operadora. Só que entre as outras operadoras, elas vão se acertar de alguma forma. Só que se nós trouxermos na resolução essa clareza e essa obrigação, quem vai ser beneficiado é o consumidor.

P/Martha – Então aí esse artigo do listinha entra e sai caiba também para as cooperativas via palavra rede indireta.

P/Monica – É, que seja cooperativa. seja qualquer outra operadora que pode ser contratada de forma indireta. A operadora contratada de forma indireta tem a obrigação de informar a operadora que contrata.

P/Martha – Mas então é uma relação entre as duas operadoras, aqui eu to falando da relação operadora mundo, entendeu?

P/Monica – É, talvez eu não tenha sido clara, é só pra reforçar.

P/Martha – Porque assim, uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa. Você tem que falar o seguinte, uma operadora tem que comunicar a outra, isso é com vocês. Fala Paulo.

P/Paulo – Deixa eu explicar o seguinte, digamos que a operadora x da colega de reunião contrata a minha empresa, o meu laboratório, mudou um médico no meu laboratório eu não tenho que comunicar pra ela nem ela pra ninguém. No site dela tá lá o meu laboratório. Não tá o João, o Antônio, a Maria, o Carlos, não é isso que tá.

P/Martha – Não é isso Paulo, não é isso não. Eu vou explicar aqui para quem não está acostumado com essa história de rede indireta.

P/Paulo – Eu entendi o que é rede indireta, ela contrata tudo da cooperativa.

P/Martha – Isso. E ela se exime da gestão daquela rede. Quem faz gestão daquela rede é o outro. Só que o meu contrato não é com o outro, o meu contrato é com ela. Se o meu contrato beneficiário é com ela, eu beneficiário quero que ela faça minha gestão.

P/Voz não identificada – Martha, questão de ordem, esse tema tá fora do assunto da resolução que nós estamos discutindo.

P/Martha – Não, não tá não. É isso mesmo e isso aqui pega

P/Paulo – Entende o seguinte Martha, o que eu quero te dizer é o seguinte, eu não posso deter, eu, digamos que eu seja uma seguradora. Eu não tenho como deter.

P/Martha – Não, você não tem como deter, mas em relação ao contrato que você tem comigo, você tem que botar uma outra pessoa.

P/Paulo – Eu convivo com o interior do Pará e eu sei que lá todos os médicos da cidade estão na cooperativa, todos, sem exceção. Nasceu, vai ser médico, coopera. Se ele saiu da cooperativa, se ele saiu da cooperativa, porque foi para outro lugar, ela não vai ter como substituir de jeito nenhum, porque não tem outro.

P/Martha – Ela vai na região de saúde, na _____. Vai pagar reembolso, vai cair na 285 até o reembolso.

P/Paulo – Pois é, então pronto, tá assim, acabou.

P/Martha – Então vamos. Artigo quarto, posso passar o artigo quatro e ir para o quinto? Artigo quinto, a substituição de que trata o artigo terceiro não exige a operadora de atender aos requisitos da 85, ok? Seção dois, subseção um, estabelecimento de não hospitalares. A operadora deve observar os seguintes critérios da equivalência de substituição se estabelecimento não hospitalar de pessoa jurídica, exceto dos profissionais, aí é no outro artigo, com o mesmo tipo de estabelecimento, com os mesmos serviços especializados, localizados no mesmo município e daí para baixo é a regra da 285 até chegar a região de saúde. Pode? Passamos gente, aqui é assim, rápido. Não, eu falei artigo quarto. Você quer voltar no quarto? Então vamos lá, o Vitor, depois o Carlos, depois a Virginia. Pode falar Vitor.

P/Vitor – Então, a minha dúvida com relação ao segundo do quarto é, eu acho que tá assim, contempla tudo aí. Como que isso supostamente...

P/Martha – A gente coloca, a procuradoria é contra, tá? Talvez a gente tenha que tirar esse segundo, mas qual é a ideia? A gente em algumas resoluções, a gente coloca princípios. Na do hall tem, enfim, tem várias resoluções lá que tem princípios, que é o seguinte, onde eu vou me inspirar para fazer isso? Se você me falar assim, isso aqui não me vale de nada, eu concordo com você. Mas a gente gosta de botar lá que você deveria ter princípios e quais seriam aqueles princípios, porque eu acho que isso é importante pelo menos de a gente saber onde eu deveria me inspirar na hora de fazer isso. Agora tá a princípio. E mesmo como princípio, talvez a gente tenha que tirar o segundo. Carlos.

P/Carlos – Carlos Moura, colégio brasileiro de radiologia. Martha, na verdade eu gostaria de sugerir a inclusão de um novo artigo.

P/Martha – Vai lá Renata, para o sexto.

P/Carlos – Que essa informação da troca seria um documento público, então, a substituição do prestador foi feita, ele sugeriu público de acesso do prestador. Isso tá escrito em algum lugar?

P/Martha – Não, é público ao mundo.

P/Carlos – Mas a lógica da troca, imagina o seguinte, eu disse que houve um aumento de rede que eu fiz um contrato novo com prestador x da cidade. Essa informação vai ser pública?

P/Martha – Não, isso é fiscalização. Assim, eu colocar isso no portal da operadora, aí a gente até...

P/Carlos – Assim, não da operadora, mas é acessível se solicitado a ANS.

P/Martha – Isso com certeza.

P/Carlos – Mas isso pode tá escrito lá na resolução?

P/Martha – Não, isso tá escrito lá nas transições finais, que a gente pode fiscalizar cada um desses itens que a gente...

P/Carlos – Então, mas a pergunta é diferente, não é se vocês podem fiscalizar. O prestador da cidade onde tá sendo influenciado com isso pode solicitar acesso a essa informação? Você entendeu, se não faz de conta, o cara vai lá, troca...

P/Martha – Do alto do meu conhecimento médico, acho que não Carlos. Não complica, vamos terminar as resoluções hoje. (risos) Virginia.

P/Virginia – Artigo sexto Marta, a gente tinha feito uma ponderação sobre a questão de que mesmo tipo de estabelecimento, uma das classificações do CNES é cooperativa, aí já não é mais a questão da operadora cooperativa e sim do profissional cooperativa. Então se eu for, se não tiver essa exceção, eu posso substituir essa cooperativa por outra cooperativa, só que nunca vai existir duas cooperativas.

P/Martha – A gente viu isso, o que quê a gente viu? Por isso que a gente colocou aqui, no caso de ausência no cadastro a gente pode colocar ou de incongruência, sim, que a ser substituído, a operadora tem que considerar os serviços do contrato, porque a entidade cooperativa não caberia aqui. Talvez a gente colocar alguma coisa onde no caso de ausência ou incongruência, incompatibilidade, então vai lá Renata, parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade, porque o cadastro realmente pode estar errado.

P/Virginia – A outra pergunta que eu ia fazer era essa, se poderia ser ausência, incompatibilidade ou desatualização, porque tem aquela questão que a gente ponderou, que às vezes fica lá anos.

P/Martha – Ausência, incompatibilidade, ou desatualização. Dessa desatualização se for deslocada do contrato. Ele tá te oferecendo um contrato, você tem que ___ o contrato. Terapia e no CNES dele tá terapia renal substitutiva.

P/Virginia – É isso, exatamente esse ponto.

P/Martha – É o que? Isso, Renata. “ou, ou, ou” (risos) depois de hoje vai ser natal gente. A nossa procuradora, as duas aqui, que me iluminam, falaram basta ou, não precisa do e. Foi gente? Marlene, lá atrás.

P/Marlene – Eu fiquei com uma dúvida Martha, aqui no artigo seis nas questões sobre a substituição. Me veio na cabeça o seguinte, digamos que seja descredenciado, desligado a uma clínica, que tem uma capacidade de atendimento, sei lá, 200 pacientes dia. E substitui por outra clínica com a mesma especialidade, com o mesmo município e tal, mas que a capacidade de atendimento seja muito menor.

P/Martha – 259. Foi isso que a gente... A gente viu que não ia conseguir contar profissional por profissional nesse primeiro momento. Aí também eu preparei um discurso super bonito disso e esqueci de falar no começo.

P/Marlene – Viu, eu to te dando a oportunidade.

P/Martha – Obrigada. A gente fez quatro resoluções. Três RNS e uma IN. Por quê? Porque a gente tem a total clareza e zero de expectativa de que a gente não mude isso nos próximos anos. É a primeira vez que a gente tá regulando esse tema, é um tema muito difícil, o mundo vai ser outro ano que vem, as pessoas vão se mobilizar, vão se mexer, várias coisas vão acontecer, então ela já tá preparada para que seja uma norma em acompanhamento, monitoramento e atualização. Então a gente pode ir aprimorando isso. Hoje a gente não tem instrumento pra pegar isso em lugar nenhum. Nada que daqui há dois anos a gente não consiga resolver. Então vamos, artigo sétimo. Aqui é consultório isolado. A operadora deve observar os seguintes critérios, habilitação legal, localização no mesmo município, e aí os critérios da 285, o Doutor Salomão e eu esqueci o seu nome do SINOGUI, Alexandre. Ah, o Wilson tava inscrito. Eu esqueci dele. Wilson, Salomão e Alexandre.

P/Wilson – Eu sou agora? O meu comentário é muito rápido, ainda é sobre o artigo quarto, o segundo item onde você falou que tava buscando princípios. Eu só quero lembrar que na 267 a gente tem na RN 267 na seção um artigo quatro parágrafo primeiro, a gente tem para fim dessa resolução, são considerados atributos de qualificação de prestadores. Se não resolver, pelo menos ajuda.

P/Martha – Tá, vamos lá, Doutor Salomão.

P/Salomão – Martha, no inciso um, habilitação legal para exercer a mesma profissão e qualificação profissional para o exercício da especialidade.

P/Martha – Então, a gente discutiu isso um monte em algumas reuniões Doutor Salomão, a gente não vai chegar nesse lugar agora. Por quê? Porque como a gente tá prendendo a rede, a rede tá presa, só pode sair o que entrar né? A gente precisa que a operadora possa fazer uma troca entre especialidades para dar conta da rotação da carteira, então, por exemplo, a cada dois anos a minha carteira muda muito. E eu tenho a transição epidemiológica, eu tenho um monte de coisa junto com isso. Se eu mantiver o mesmo quantitativo de distribuição de especialidade durante todo o tempo de vigência daquele produto, 15 anos, 20 anos, eu vou estar presa a uma distribuição de especialidade que hoje faz sentido, mas daqui a pouco pode não fazer sentido nenhum e aí os prejudicados vão ser os pacientes. Então a gente precisa que dentro da lógica do tempo de atendimento, que ela tem que garantir o tempo para todos aqueles profissionais que ela possa trocar uma especialidade pela outra para garantir que as necessidades daquele grupo sejam atendidas.

P/Salomão – Martha, mas aqui você pode trocar um cardiologista por um psiquiatra.

P/Martha – Pode. No caso pode e deve, porque eu posso ter, o exemplo que eu uso é o seguinte, teve uma empresa que tinha contrato com a Unilever. A Unilever é uma empresa muito feminina, tem muita mulher trabalhando lá. E aí ele trocou, foi pra lá... Mentira. Isso não é verdade, mas a Unilever é muito feminina e a Good Year é muito masculina. Ele trocou o contrato da Unilever pelo da Good Year. Todos aqueles ginecologistas que eles tinham, agora não fazem mais sentido. Ele precisa de mais cardiologista, por exemplo. Então ele tem que poder fazer isso, porque se não vai ficar ginecologista sobrando e faltando cardiologista.

P/Dr. Zilli – Martha, eu entendo que o teu raciocínio tem lógica. Pela lógica da operadora e pela lógica do prestador. Mas pela lógica do beneficiário isso não existe. Eu acho que tem que atender uma lógica que seja inerente a todas as partes envolvidas no processo. Então a gente tem que deixar isso aí muito claro que nessas condições de exceção, as coisas podem ser feitas dessa forma. Não podem ser feitas genericamente da maneira como tá propondo, desculpe, porque aí você atenda a sua lógica, talvez até da minha, mas você não atende a lógica do beneficiário.

P/Martha – Mais ou menos, porque isso não é exceção. Na verdade...

P/Dr. Zilli – Não, mas vai virar exceção. No momento que você coloca pelo menos uma lógica como dominante isso vira exceção. E você tá olhando a sua lógica, você não tá olhando a lógica genérica.

P/Martha – Porque como que é feito hoje? Hoje é o pior dos mundos, as operadoras não vão poder, não vão me deixar mentir sozinha...

P/Dr. Zilli – Desculpe Martha, nós estamos trabalhando do ideal. Nós não podemos usar o que tá ruim hoje, por exemplo, o que tá melhor e o futuro. Nós queremos o melhor no futuro, hoje tá péssimo, hoje não existe.

P/Martha – Depois da 259 Dr. Zilli, ela já vem tentando fazer esse levantamento de necessidade e tentando fazer essa alteração na rede para dar conta dessas necessidades. E é isso que a gente considera importante. A gente pode chegar em um momento e ver que ah, não, isso não funcionou, porque na verdade não tá medindo essa capacidade, enfim, a gente pode ver isso. Agora eu preciso permitir isso, porque se não eu engesso essa prestação de serviço e aí quem vai ser prejudicado é o beneficiário, não tenha a menor dúvida disso.

P/Dr. Zilli – Não, mas aí eu acho que já tem o beneficiário quando você ingere, já tá prejudicado quando você engessa. Você trocar um cardiologista, por exemplo, por um geriatra, só para te dar um exemplo, atendendo a tua lógica e a lógica que você tá propondo, você tá engessando realmente um atendimento beneficiário. Lógico que tá, como que não? Você tá partindo de que princípio? De princípio de qualificação? Não, não é, a partir do princípio você tá generalizando, então dentro do genérico você tá estudando a tua lógica e ela não pode...

P/Martha – A gente pensou muito sobre isso e a gente colocou todas as discussões nas reuniões, nas mesas e tal e a gente tem certeza que essa daí é a menos pior para o beneficiário.

P/Dr. Zilli – Olha, nós também pensamos muito, discutimos muito e temos certeza que essa é a pior para o beneficiário.

P/Martha – (risos)

P/Dr. Zilli – Vamos entrar em um ____, porque aí nós entendemos que isso aí, a qualificação da mesma situação é fundamental. Quando ____ seções e é isso que eu to te propondo uma saída. Quando existir exceções, nós vamos discutir as exceções. Agora isso não pode ser feito de uma forma... Você tá engessando.

P/Martha – Eu to tentando dizer o seguinte, é que a exceção é isso não acontecer. Isso que eu to falando da gestão da rede é a regra, não é a exceção.

P/Dr. Zilli – Desculpe, mais uma vez eu volto e eu acho que isso aí, existe um eufemismo dessa história. A prática não é essa.

P/Martha – Tá bom, a gente não vai concordar em tudo gente.

P/Voz não identificada – Mas nós temos que concordar em alguns pontos, porque são pontos cardeais.

P/Martha – Tá bom. Alexandre.

P/Alexandre – Martha, no artigo sétimo é só uma sugestão de incluir o mesmo parágrafo único que existe no artigo sexto e no sétimo sobre CNES...

P/Martha – Então, responde aí Jaque. Eu perguntei isso também e ela me deu uma resposta que me convenceu.

P/Jaque – É habilitação legal aqui. Médico por médico, fisioterapeuta por fisioterapeuta...

P/Alexandre – Vou dar um exemplo, um dentista pessoa jurídica que tem a pessoa jurídica, só que é somente ele dentro do corpo clínico. E por um acaso ele tenha cadastrado como clínica ou tenha algum cadastro...

P/Jaque – Se ele tá cadastrado como clínica é porque no CNES tem a classificação consultório isolado

P/Alexandre – Sim, mas é um cadastro de maneira errada. Se eu precisar substituir por um outro dentista pessoa física, eu to fazendo uma substituição equivalente.

P/Martha – Eu repetiria o parágrafo único inteiro. Vai Renata, copia e cola. Ah sim, sim aí a Renata muda ali.

P/Virginia – Só o final que não tem, depois de utilizando como referência, aí é um ponto final.

P/Martha – Então ele vai considerar serviços contratados prontos. Foi Renata? Aí, quase, passou. Aí. Daí pra frente você tira. Ok? Das exceções, artigo oitavo, é permitida a exclusão de prestador não hospitalar na rede assistencial do plano de saúde sem substituição nas seguintes situações. Agora eu peço que todo mundo respire três vezes. Vamos introduzir yoga aqui. Rescisão de contrato coletivo que ocasione redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado, tiramos a transferência de carteira aqui, porque a gente vai colocar em outro lugar, porque isso seria uma alteração na RN 112 e aí eu e Rafael a gente vai fazer uma súmula e aprovar junto uma transferência de carteira, ok? A ausência de prestação de serviço para o plano de saúde de no mínimo 12 meses, quando houver suspensão do atendimento em massa para o

plano de saúde como método coercitivo, quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ou qualquer meio de pagamento referente aos procedimentos contratados respeitados os limites de cobertura.

P/Voz não identificada – Martha.

P/Martha – Oi, cada um anotou uma lista (risos)

P/Voz não identificada – Martha.

P/Martha – Então eu vou ler aqui a lista da Jaque. Doutor Salomão, Carlos, Benício, Paulo e Vitor.

P/Voz não identificada – Bom, no inciso dois a ausência de prestação de serviço para o plano de saúde por no mínimo 12 meses consecutivos desde que o prestador não tenha se licenciado, comunicado a operadora.

P/Martha – Por aditivo que tiver suspenso o contrato por aditivo. Ok.

P/Voz não identificada – Isso.

P/Martha – Vai lá Renata. Desde que não haja suspensão formalizada, acordada entre as partes. Ele tem que acordar entre as partes a suspensão.

P/Voz não identificada – Essa é a exceção. No inciso terceiro nós estamos propondo a retirada dele. Quando houver suspensão do atendimento em massa para o plano de saúde como método coercitivo de negociação. Isso é um princípio constitucional de greve. O direito de cada um tá acima do contrato.

(intervenção feira fora do microfone)

P/Voz não identificada – Porque assim, o pessoal fez greve, tá, todo mundo suspendeu, tá cobrando direto. 80% foi descredenciado, tá bom. Como é que fica o beneficiário? O usuário.

P/Martha – Isso, então vamos lá.

P/Voz não identificada – Descredenciou todo mundo, puniu contra a constituição naturalmente, mas o usuário não vai ter como opor isso, não vai ter como ser atendido.

P/Martha – A minha proposta era anterior, a gente trouxe aqui, mas a minha proposta era tirar da exceção, colocar na disposição final dizendo que durante essa negociação coercitiva em massa não precisa substituir, mas então vamos tirar daqui do terceiro.

P/Voz não identificada – Desculpe, eu acho que você não precisa colocar é nada.

P/Martha – Precisa, sabe por quê? Porque eu tenho 12 núcleos de fiscalização no Brasil inteiro.

P/Voz não identificada – É só treiná-los direitinho.

P/Martha – Mas assim, eu to tendo que treiná-los via resolução normativa. Então eu acho que a gente tira daí, vai lá Renata, calma gente, abram o coração e o ouvido. Disposição final, copia aí Renata, aí a gente bota aqui, bota um artigo depois desse, depois a gente formata. Isso. Aí a gente vai colocar artigo 16, depois a gente vai colocar em um lugar certo, tá? Quando houver suspensão do atendimento em massa como método coercitivo não é necessária a substituição dos prestadores, ok? Eu preciso dizer isso. Não, tudo bem, não precisa dizer ok (risos) Olha só, a gente tem uma lista. Vamos inscrever você? Qual é o seu nome? Carlos, então vamos lá. O outro Carlos.

P/Carlos Moura – Carlos Moura CBR. Para nós do Colégio Brasileiro de Radiologia nos preocupa muito isso, porque o Fenan tem direito democrático de fazer greve e o dono da clínica não tem como atender o paciente sem médico. Então eu posso ser excluído da rede de credenciamento pela suspensão dos médicos que trabalham na clínica, porque é o que você tá dizendo.

P/Martha – Não, a gente tá dizendo o seguinte... A gente não tá dizendo que na hora que ele excluir ele tem que incluir? Isso é uma _____. O que eu to dizendo é o seguinte, aqui, lá no capítulo final ele não precisa substituir esse cara se tiver nesse movimento de paralisação. Eu não to bloqueando o cara de fazer, eu não to impedindo, eu não to nada. Direito de greve, tudo garantido. O único punido nesse caso é o beneficiário. O beneficiário tá sendo punido, mas em uma greve o usuário sempre é punido. Parou o metrô, quem foi punido? O usuário. Não é assim? É assim gente, vamos lá. Benício.

P/Benício – Benício, Conselho Federal de Odonto. Artigo 8 inciso terceiro também pela retirada, porque nós entendemos que isso aí é anti-constitucional no qual diz que todo trabalhador tem o direito a fazer greve e que no mínimo que seja garantido aquilo que diz a constituição que tem que paralisar dentro dos limites x, tantos por cento tem que ficar trabalhando e tal. Mas do jeito que está proposto nesse artigo, nós somos pela retirada.

P/Martha – Ok, já tiramos e botamos lá no final. Marlene também levantou a mão. Paulo.

P/Paulo – Especificamente sobre o artigo quatro, exemplificando. Não to falando patologia clínica, eu to falando das exceções, o quarto. Eu to falando a patologia clínica, que eu tenho 1.500 itens contratados. Aí a mudança de custo absurda, eu vou dar um exemplo recente. O ministério da saúde baixou uma portaria que não podia esterilizar, o material era esterilizado legalmente de

mielograma. Tem que comprar um descartável que custa R\$80,00 o mielograma pagam R\$60,00. O médico cobra R\$50,00 pra fazer, a coleta e eu tenho que fazer o exame. Eu não pude fazer o exame, mas tem uma correspondência para todos os planos de saúde dizendo que o preço mudava. Porque se não, não teria solução. Ninguém respondeu, passei a cobrar. Ponto.

P/Martha – Olha só, você poderia e eu tava até com a caneta na mão pra fazer isso, se você tivesse pedido pra tirar do seu contrato esse procedimento...

P/Paulo – Não, tudo bem, o que eu quero é o seguinte, o que tem aí que eu pedindo para tirar do contrato o procedimento não é causa para me descredenciar, ponto.

P/Martha – Tá, vamos ler. Quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador, por qualquer meio referente a procedimentos contratados.

P/Paulo – Tá certo, tá contratado, mas mudou uma situação.

P/Martha – Mas aí não tá mais contratado, porque você pediu pra tirar.

P/Paulo – Tem que dizer que eu posso pedir pra tirar um item. Se não, não vão aceitar isso. Não é assim não. Deixa eu explicar. Aí mesmo. Eu tenho 1.300 itens, isso não é negociação não. Eu tenho 1.300 itens, o mielograma entrou em caos, ficou impossível fazer o mielograma. Aí eu mandei para todas as operadoras uma carta dizendo que por essa e essa razão o mielograma não podia fazer. Ou é um programa que eu terceirizo e o laboratório que eu terceirizo __ o preço, por razões técnicas. Eu não posso mais mandar. Aí eu mando uma carta para a operadora. A operadora simplesmente não me responde nenhuma. Não responde. Aí eu passo a cobrar. Aí ela responde. O que acontece é exatamente isso. Então eu não posso ser penalizado e ser obrigado a fazer uma coisa que eu não posso por um item, 1.300 itens, 1.400 itens.

P/Martha – Calma aí. Eu entendo que se você tá pedindo para renegociar o contrato, ok, você tem razão. Daquele ponto, só que assim, eu acho que isso já tá aqui, contratado, porque se você pediu pra tirar, ele não tá mais contratado.

P/Paulo – Tem que dizer claramente. Eu pedi pra tirar um item?

P/Martha – Como é que eu escrevo isso?

P/Paulo – Tem que ter um jeito de escrever, entende o seguinte, tem que ter um jeito de na impossibilidade de realização de um dos itens pelo prestador, ele comunica para a operadora e ele é obrigado a continuar.

P/Martha – Mas aí não é impossibilidade Paulo, aí é em caso de renegociação ou um aditivo contratual, isso também tá valendo, é isso que eu posso dizer.

P/Paulo – Não, espera aí, tu não tá entendendo. Vamos lá colocar a coisa, manda uma carta para o... Você é de que plano? Saúde Bradesco? Eu mando uma carta para a sul América, como mandei, não posso mais fazer mielograma, a sul América literalmente não me responde a carta. Eu vou ser obrigado a ficar o resto da vida fazendo mielograma pagando pra fazer para a sul América?

P/Martha – Você escreveu para a sul América pedindo pra tirar esse procedimento do contrato?

P/Paulo – Escrevi dizendo para a sul América que eu não podia realizar mais por aquele preço. Então põe uma cláusula que pode ser pedida para tirar itens do contrato. Bom, aí eu topo.

P/Martha – Fala no microfone meninos, por favor.

P/Paulo – Entendeu Martha?

P/Martha – Eu entendi.

P/Paulo – Tem uma cláusula que eu posso e isso a retirada de itens do contrato.

P/Martha – Eu acho que a gente pode botar assim, referente aos procedimentos contratados ou...

P/Voz não identificada – Põe no contrato com a operadora que você poderá notificá-la da exclusão de determinado serviço através de comunicação escrita com um prazo de 30 dias e pronto.

P/Paulo – O mundo real é outro, a operadora não muda o contrato. O mundo real é outro, vamos parar com essa, o mundo real tu sabes que é outro. Aqui nós estamos falando honestamente. Não vem com esse papo pra mim.

P/Martha – Gente, olha só, essa lei não vai transformar o mundo real.

P/Paulo – Não vai.

P/Martha – A gente só quer uma melhoradinha.

P/Paulo – Eu to querendo uma coisa, porque obviamente eu não posso gastar 150 e receber 30.

P/Martha – Então vamos lá, contratados e não renegociados.

P/Paulo – Quando houver razão técnica para não realização de um dos procedimentos, deve ser comunicado a operadora.

P/Martha – Eu preciso que você peça para tirar aquele procedimento.

P/Voz não identificada – Não basta pedir pra tirar, o que eu acho que tem que ter é renegociação como você falou, porque se não a gente cai na mesma situação, me dá licença deixa eu só terminar aqui, por favor. A gente vai cair na mesma situação em que a gente manda o contrato, o prestador não responde. Nesse caso, a penalização da operadora é mais... Se o prestador decide continuar realizando aquele...

P/Martha – Eu entendo, mas olha só, para mim essa aqui é a mesma situação daquela outra assim, como é que você descobre que o prestador se descredenciou? A gente não tá dizendo na hora que você descobre. Você tem que comunicar imediatamente ao beneficiário, depois você tem 60 dias, 90 dias sei lá pra botar no site. Isso daqui para mim é a mesma coisa. Ele te mandou uma carta, você descobriu naquele momento que aquele item do contrato ele não tá mais fazendo, não é a mesma coisa? Mas tem que ser.

P/Voz não identificada – Não Martha, uma sugestão de redação simples seria referente aos procedimentos contratados e efetuados e sem realização, porque aí você prevê esses procedimentos que não estão sendo realizados.

P/Martha – Mas aí o beneficiário coitadinho, ele não vai saber nunquinha...

P/Paulo – O procedimento continua sendo realizado, não pode ser realizado por aquele preço mais.

P/Martha – Mas olha só Paulo, simplesmente eu não quero mais fazer porque o preço não é legal, eu não posso. Tem que ser assim, eu pedi pra tirar esse procedimento do meu contrato.

P/Paulo – Exatamente. A solicitação pra tirar, pode botar aí, menos de 1% do procedimento do contrato, até 1% do procedimento do contrato, não anula o contrato, pronto, um negócio simples. Têm 1.300 procedimentos, cinco eu não posso mais fazer, acabou-se.

P/Voz não identificada – O problema é que isso pode ser uma forma de descaracterizar a greve, a paralisação.

P/Paulo – Eu não to querendo isso.

P/Voz não identificada – Eu não to falando de você especificamente, mas pode haver casos em que caiam nessa situação.

P/Martha – Mas aqui a gente tá falando de um procedimento né?

P/Voz não identificada – Dá licença.

P/Martha – Espera aí, vamos voltar para a lista, vamos lá. Vitor, Carlos, Virginia, Marlene, Eduardo e Zilli. Vamos lá, Paulo, quem a gente tá agora?

Vitor, o Vitor passou, Carlos. O outro Carlos. Não, é o outro Carlos. Eu tenho depois do Carlos, Virginia, Marlene, Eduardo, Zilli e o Paulo, o outro Paulo.

P/Carlos – Martha, eu vou voltar ao item 3, e aí vou pegar a sua palavra quando você diz questão de princípio. Essa resolução tá discutindo substituição. Portanto o objetivo dela é garantir substituição. O inciso terceiro que foi para o fim, tanto faz o local que ele fique, a gente é contrário a ele. Primeiro, que tem o profissional de fazer a paralisação. Segundo, a operadora pode fazer substituição. Da forma como está aí, se houver uma paralisação quem tá sendo punido além do médico ou da empresa, é o beneficiário, por quê?

P/Martha – É isso Carlos, vocês pararam de atender, quem vai atende, Jesus cristo? Não, é uma greve.

P/Carlos – Vocês estão dando um presente as operadoras, porque havendo paralisação a rede pode se diminuía.

P/Martha – Não estamos, a gente tá mantendo o direito de greve, eu estou inventando que a operadora seja punida com multa por causa da greve dos prestadores. Eu muito, eu estou evitando que a operadora seja punida com multa por conta da greve de um terceiro. Gente olha só, esse ponto aqui eu tenho total clareza. Aqui eu não achei legal deixar porque podia efetivamente causar uma confusão. Mas lá na regra final eu preciso deixar, porque eu não vou permitir que a operadora seja multada por conta de uma greve de um terceiro. Não vou permitir isso.

P/Carlos – E garante a redução do quantitativo.

P/Martha – Não vou permitir isso, greve é um direito constitucional, se o metrô para, quem é prejudicado? Os passageiros. Se os médicos param, quem são prejudicados? Os beneficiários, os pacientes. É isso. Isso é direito de greve, agora eu punir sei lá, CSMTU que é quem regulamenta os transportes.

P/Voz não identificada – Mas a resolução não tá discutindo punição, ela tá discutindo substituição.

P/Martha – E punição para as operadoras.

P/Voz não identificada – Sim, então bota expressamente que não serão punidas.

P/Martha – Eu não vou mais discutir essa parte, porque se não a gente não vai sair daqui. Virginia, Marlene, Eduardo, Zilli e Paulo.

P/Virginia – A primeira coisa é com relação a esse inciso quarto, hoje quando as operadoras informam no RPS algum tipo de contratação, elas não informam se é total ou parcial e, por exemplo, para a substituição de rede hospitalar

informa que a mudança de total para parcial basta informar, não tem critério de substituição. Então poderia ser o caso de colocar aqui, essa norma não se aplica as mudanças de contratação de total para parcial. Atenderia essa questão, mas na verdade não era nem isso que eu queria ponderar não, só uma sugestão se for adiante esse item 4. Com relação às exceções, a gente tinha pleiteado e não constou aí que é fundamental para o sistema a questão das transferências de carteira, porque quando há uma transferência total de carteira a operadora que recebe o beneficiário, ele passa a ser atendido por essa rede da operadora que recebe o beneficiário. Pode ser...

P/Martha – Então, a transferência de carteira, a gente vai fazer uma súmula separada, porque eu não quero mexer na 112 aqui. Imagina, Jesus cristo abrir essa discussão aqui. Então eu não vou. A gente vai fazer uma súmula separada para discutir a transferência de carteira.

P/Virginia – Mas a transferência de carteira com relação a rede hospitalar já tem na própria 112 e nas exceções se eu colocar aqui, não se aplica nos processos de transferência de carteira já atende sem mexer na 112.

P/Martha – Eu não vou fazer isso, eu vou colocar em uma súmula separada para a gente não falar a palavra 112 aqui nessa resolução.

P/Virginia – Do mesmo jeito que a gente falou da questão de paralisação de atendimento, até a questão de quem tava com licença, mas esses casos, a gente não poderia também prever fraude, quando há fechamento por causa das normas sanitárias?

P/Martha – Porque são só gente, pra gente não voltar a discussões que a gente já fez. A gente tá aqui discutindo aqui a redação, se cabem algumas discussões que a gente já fez. Então assim, a gente já viu que a gente não pode colocar exceção, porque a lei não deu exceção, lembra que a gente discutiu isso? Tinha lá, morreu, mudou... Então a gente não vai poder fazer isso, a gente recebeu um parecer negativo com relação a isso. Marlene. Só pra lembrar, são 10:25, a gente tá na primeira resolução que é muito mais fácil. Casamento é assim né Doutor Zilli, demora, a noiva atrasa... Vai Marlene.

P/Marlene – Desculpa, eu sei que você não quer voltar nesse assunto, mas eu insisto. A seção três na questão do artigo oitavo, eu concordo com o pessoal da medicina, eu acho que quem tá sendo punido é o usuário, mas é o prestador também, porque quando há uma greve, uma paralisação, quem deixa de ganhar é o prestador também. A operadora acaba ganhando duplamente nesse caso, porque ela não gasta. E eu acho que acontece o inverso Martha, acho que vocês tem que considerar isso, porque a operadora também usa de coerção contra o prestador.

P/Martha – Tá, então eu vou dizer uma coisa, se eu deixar esse artigo aqui, se eu tirar igual vocês querem, o que quê eu to falando para a operadora? Que ali tá tendo um problema e ela tem que colocar outra pessoa no lugar. Se ela não colocar outra pessoa no lugar eu vou multar. Então é isso que eu to falando para a operadora, então quem está em greve, se eu deixar esse artigo aqui, tirar do jeito que vocês estão me pedindo, eu vou falar para a operadora, em caso de greve você tem que arrumar outra pessoa e coloca outro no lugar, é isso que eu to falando para a operadora, e vocês acham que é bom tirar? É isso mesmo? Gente, olha só, se eu tirar, de novo, se eu tirar, deixar sem nada, igual vocês estão me pedindo, o que eu estou falando para a operadora é: vire-se em caso de greve, em caso de greve vire-se, arrume outra pessoa, coloque no lugar e tire aquela pessoa. E se você não fizer isso, eu te multo. É isso que vocês querem? (intervenção feita fora do microfone) é isso que vocês querem?

P/Voz não identificada – Doutora Martha, João Fernando do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Nós podemos colocar um parágrafo que provenha proteger as operadoras com relação à greve. Mas nós não podemos deixar esse parágrafo, nós estamos rasgando a constituição brasileira, é um direito constitucional.

P/Martha – Vamos lá, eu vou repetir, se eu tirar isso, o que eu estou dizendo é operadora coloque outra pessoa no lugar desse cara que fez greve, porque se não eu vou te multar. É isso que vocês estão me pedindo.

P/Voz não identificada – O que nós vamos colocar nós vamos discutir. Mas tirar o direito de greve é direito constitucional.

P/Martha – Gente, vamos lá, eu não estou tirando direito de greve de ninguém, eu estou colocando um artigo para que o que é tácito sem esse artigo não aconteça. O que é tácito? Em caso de greve, operadora, coloque alguém no lugar desse indivíduo, porque se não eu vou te multar. Eu pergunto se é isso que vocês querem.

P/Voz não identificada – Tá dizendo para ele o seguinte, se fizer greve, você pode ser descredenciado. É isso que a senhora tá dizendo.

P/Martha – Gente, eu vou passar pra frente, porque eu to falando alemão e vocês Frances. A gente não vai se entender.

P/Voz não identificada – Martha, olha.

P/Martha – Vamos lá, espera aí. Eduardo, Eduardo? O Eduardo passou a vez? Zilli, Doutor Zilli.

P/Zilli – Eu acho que mais uma vez nós estamos discutindo semântica, mas eu não vou discutir semântica não. Para mim a coisa tá muito clara aqui em cima. Primeiro, o artigo oitavo diz que é permitida a exclusão do prestador nos

seguintes processos e o inciso quarto diz tudo isso que está aí, só que eu gostaria de acrescentar um item. Ao invés do ponto, uma vírgula e nas situações de exceção caracterizam paralisação dos atendimentos.

P/Martha – No quarto?

P/Zilli – É, quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência, prestação pecuniária por parte, ao invés do ponto, uma vírgula e nas situações de exceção caracterizar a paralisação de atendimentos.

P/Martha – Tá juntando o terceiro com quarto, é isso?

P/Zilli – É, eu to juntando o terceiro com o quarto. O terceiro acabou, pra mim acabou, eu to colocando o quarto que quando você paralisa o atendimento e quando você cobra diretamente do usuário, no fundo você não tá paralisando o sistema, agora eu não quero que o prestador seja punido por estar fazendo uma coisa que não paralisa o sistema. E o que você coloca aí, se isso acontecer, ele vai ser substituído. Isso é muito claro. Quer dizer, então veja bem, você entendeu? Então você concorda que é isso que tá escrito?

P/Martha – Eu entendi, só que eu to falando o seguinte, eu tirei o artigo terceiro daqui, sumiu.

P/Zilli – Acabou.

P/Martha – Ele foi lá pro fim, gente, olha só, o capote do oitavo. Eu sei que é difícil, eu sou médica, eu já passei por isso, vamos lá. Vamos respirar fundo. É permitida a exclusão de prestador não hospitalar da rede assistencial sem substituição. Isso era o capote, o capote não existe, ele tá na redação final. Vai lá Renata. Olha, sobe um pouquinho, só pra gente ver. Das disposições finais, não tem mais aquele capote anterior. Quando houver suspensão do atendimento em massa, não é necessária a substituição do prestador, ponto, qual é o problema gente?

P/Zilli – Não, você não entendeu. Você disse que entendeu, mas não entendeu. Para um pouquinho, esquece o que você tá pensando. Abre a sua mente e vamos discutir o que a gente tá propondo aqui agora. Eu vou para discussão, não vou para raciocínios pré-concebidos, porque a gente não vai conseguir chegar a nada. O artigo oitavo, vamos ler de novo? É permitida a exclusão do prestador não hospitalar da rede assistencial do plano de saúde sem substituição nas seguintes situações, primeira, segunda, terceira saiu, a quarta, quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde por qualquer meio de pagamento refere aos procedimentos contratados. Respeitado os limites de cobertura e a existência de mecanismos da regulação financeira previstos no contrato do beneficiário, e em situações de exceção caracteriza a paralisação do atendimento, ou seja, se eu cobrar, se o

profissional cobrar do paciente o valor da consulta no momento de paralisação como uma forma de não paralisar o sistema e uma forma de não caracterizar também uma greve no senso lato da palavra. Eu to falando, desculpe Paulo, você falou junto e... Então, isso não caracteriza o direito da operadora de excluir esse prestador.

P/Martha – Mas se a gente puser esse e aí, eu to permitindo que ele exclua.

P/Zilli – Não entendo, por que tá permitindo que exclua?

P/Martha – Porque o capote fala assim, você pode excluir nos casos de... Na hora que eu bota em situação que você cobra em um momento de greve, eu to falando: Exclui esse cara. Por isso que eu botei no final, gente.

P/Zilli – Tá em exceção é isso? Desculpe.

P/Martha – Ok, ok. Vamos para frente. Não resolvi o problema do Paulo, não sei como resolver. Entendi, mas a gente precisa resolver aqui. eu vou marcar aqui. Passou? Paulo, vai.

P/Paulo – Já entenderam qual é o problema? Um laboratório trabalha com 1.000 procedimentos pelo menos, alguns se tornam inviáveis independentes da nossa vontade. Eu vou dar um exemplo claro de uma coisa que ocorre no dia a dia, a nato patologista, nenhum nato patologista no Brasil faz congelação por R\$40,00 que é quanto paga os planos. Por um motivo óbvio, ninguém vai se responsabilizar por tirar a tua mama por R\$40,00. Então quando o serviço contratado pedir negociação de um procedimento específico, não é a correção anual e não houver acordo, esse procedimento pode ser suspenso ao atendimento com a operadora, ponto. Uma coisa assim.

P/Martha – Deixa eu te falar qual é o problema. A gente tá tratando, sabe onde é a confusão? Essa resolução aqui não é uma regra entre operador e prestador. Essa daqui é uma regra operadora beneficiário, é aí que tá a dificuldade, por quê? Porque essa regra aqui, o foco dele é o beneficiário. Então o beneficiário é que tem que saber que você não tá fazendo aquele serviço, entendeu a minha dificuldade?

P/Paulo – Então eu não posso dizer que eu posso ser descredenciado por isso. Esse é o meu problema. O meu problema é esse. O beneficiário saber ou não saber é outra coisa. O meu problema é que eu vou ser penalizado, ou então eu vou quebrar.

P/Martha – As meninas deram uma solução que é a seguinte, a gente escrever isso na próxima RN que é a de contrato. Que aí a gente resolve isso lá e não aqui que... Guarda aí, anota aí. Tá? Então vamos. Nove. “Uhu!” As exceções previstas no artigo oitavo não se aplicam as operadoras que tenham caído nos dois últimos ciclos do monitoramento e em direção técnica, ok? Então

comunicação aos beneficiários. Artigo 10, o portal deve manter atualizada as informações das substituições conforme instrução normativa que é o que a gente vai falar depois.

P/Zilli – Me desculpe, posso fazer um adendo Martha? Então pra gente não perder o fio da meada que eu tava discutindo nas exceções, quando a gente for pra contrato, desculpe, no artigo décimo, esse adendo tem que fazer parte dele.

P/Martha – Isso. Por isso que eu falei pra gente esperar que talvez seja mais fácil resolver lá do que aqui na hora que a gente tá falando.

P/Zilli – Só pra gente não perder esse adendo. Porque isso tem que lá tá então.

P/Martha – Tá, então vamos anotar aí todo mundo. Parágrafo primeiro, a informação de que trata o capote deve ser disponibilizada com antecedência mínima de 30 dias contadas da ___ substituição e deve permanecer acessível por 180 dias. Comunicar ao beneficiário a exclusão do prestador na data, ah, excepcionalmente nos casos que tiver substituição por parte do prestador, ou fraude, infração as regras sanitárias, a operadora deve comunicar ao beneficiário a exclusão no dia que ele tomou conhecimento e ela vai providenciar a substituição e comunicar o beneficiário no prazo de 60 dias. Passou? Artigo 11, a operadora deve comunicar por qualquer meio que garanta a sua ciência ao contratante do plano pessoa física ou jurídica, que as substituições havidas na rede ficarão disponíveis no portal corporativo e na central de atendimento da operadora e os seus respectivos endereço eletrônico e telefone, tem alguém com a mão ali, seu nome. Eduardo.

P/Eduardo – Boa tarde Martha, meu nome é Eduardo, eu sou defensor público, to falando em nome do Decom e da ___.

P/Martha – Que bom Eduardo, que você veio hoje. Bem vindo (risos)

P/Eduardo – Só pra relatar eu to em contato direto com o Carlos Chagas, to falando em nome da Sinacom também o ministério da justiça. No caso do capote do artigo 11, esse por qualquer meio, a gente entende lendo o dispositivo legal que a comunicação, esse dever de comunicação por parte das operadoras por direito de informação por parte do consumidor, a gente chegou a conclusão que um meio afim de se tutelar de maneira efetiva no caso um hiper vulneráveis, considerado assim, amplamente como os analfabetos digitais, os idosos e tudo mais que por meio eletrônico podem não ser tutelados, não terem essa informação de maneira clara, essa compreensão dessa substituição, a gente acredita que a comunicação deve ser direta e por escrito. Gostaríamos que isso ficasse também. Perfeito.

P/Martha – Quando a gente pensou em qualquer meio Eduardo, a gente pensou, quando a gente bota que garanta a sua ciência, isso tem saído em várias normativas nossas. A gente pensa o seguinte, qual é a forma que garante a sua ciência? Alguma forma que a gente tenha como provar se a gente for em cima da operadora e aquele beneficiário teve ciência. Aí a gente pensou, a R, óbvio, seria mais óbvio, mas o boleto que ele vai pegar aquilo na mão e vai pagar também garante a ciência dele. Então foi nesse sentido que a gente pensou isso. A gente pode até tentar aprimorar, meninas, a forma de escrever isso para ficar clara essa nossa intenção. Aí qual foi a diferença que a gente fez Eduardo? A gente coloca nesse lugar que garanta a sua ciência o meio onde ele vai achar e lá tem que ter o formato direitinho, quem entrou, quem saiu, aonde eu acho, qual o endereço, por quê? Porque isso seria um volume tão grande de informação que ele não conseguiria receber em casa. Perfeito. Então essa foi a nossa ideia, a gente pode então sugerir a forma de escrever ali qualquer meio que garanta a sua ciência.

P/Voz não identificada – Em especial por escrito.

P/Martha – Em especial por escrito, ok pra todo mundo? Ué, o boleto é por escrito gente. Qualquer... A gente vai mandar, sem susto, vamos lá. O que ele está falando para que se mande por escrito é o que a gente já tinha combinado que era escrito. O site WWW e o telefone, nada mudou.

P/Virginia – Martha, onde tem publicada a RN 360 sobre tudo que deve constar na carteira de identificação do beneficiário. É por escrito.

P/Martha – Não é por escrito.

P/Virginia – Lá fala inclusive, quem utilizar o meio por escrito, esse poderia ser o único meio de informação para o beneficiário de acesso a rede?

P/Martha – É por escrito?

P/Virginia – É por escrito

P/Martha – (pessoas falam ao mesmo tempo) a cada 180 dias, é isso?

P/Virginia – Não, exatamente. Porque a carteira vai ter as substituições da rede estão disponíveis em WWW...

P/Martha – Só que a gente tá pedindo que isso não se dê a cada uma vez na vida. Que a cada 180 dias você lembre a ela que existe um lugar. Esse indivíduo que tem carteirinha, você vai ter algum meio de comunicação com ele se você mandou a carteirinha. Então você vai comunicar a esse contratante ou a esse indivíduo, a cada 180 dias esse local do endereço, não tem problema nenhum.

P/Virginia – A proposta que a gente tá fazendo é a seguinte, a partir do momento, que agora existe uma regulamentação de diversas informações. E que várias operadoras utilizam, não vou dizer, a maioria sim, não posso dizer todas, o cartão individual de identificação do beneficiário e que nele constará, como isso é algo acessível ao beneficiário o tempo inteiro, porque a carteirinha é diferente de um boleto que ele vai colocar na gaveta.

P/Martha – Eu entendi Virginia, só que assim...

P/Virginia – Criar um parágrafo.

P/Martha – Ok, só que o que a gente tá falando é o seguinte, tem que ter uma frase que diga para ela o seguinte, todas as substituições da sua rede estarão disponíveis no WWW e no 0800.

P/Virginia – É isso que a gente tá propondo. Que crie-se um segundo parágrafo dizendo que quando a carteira de identificação do beneficiário informar que todas as atualizações da rede estão disponíveis no site e o endereço não é necessária essa comunicação a cada 90 dias. Então na própria carteirinha do beneficiário haveria essa informação.

P/Martha – Eu pessoalmente não concordo, mas eu abro pra vocês. Eu acho que é muito... Eu não olho a carteirinha a cada 90 dias, a ideia disso daqui é lembrar o cara a cada 90 dias que ele tenha um lugar que ele tem que visitar. Se fosse uma coisa impossível de um acesso impossível ao beneficiário, eu até concordaria, mas a gente tá falando o seguinte, que para o individual, que você manda o boleto todo mês, você tem que falar e para o contratante... Mas você já vai botar em todos os meses lindo. Já vai sair do lado da sua logo, olha o WWW para sempre, então dá pra você fazer. E naquele que tá contratando coletivo você vai fazer com o contratante.

P/Virginia – Na verdade até a gente já tinha ponderado na primeira reunião que era sobre comunicação, que 90 dias era pouco, porque a gente hoje já tem vários meios que não tem boleto. Eu tenho débito em conta, eu tenho cartão de crédito, então mesmo no plano individual eu não tenho esse envio mensal de informação para o beneficiário dessa forma.

P/Martha – Quando é débito em conta você informa que ele pagou depois.

P/Virginia – Não, uma vez por ano só. Uma vez por ano.

P/Martha – Ok, então público a gente bota essa observação da identificação. Eu que publiquei a resolução da identificação padrão tá gente? Então eu não tenho, amo ela, acho linda, então se vocês toparem a gente bota, parágrafo segundo ali. Acorda Paulo Jorge. A ideia é a seguinte, tirar o parágrafo único, tirar não, colocar parágrafo primeiro e embaixo colocar: Caso essa informação

conste da identificação padrão do beneficiário que é a RN que a gente publicou ontem, ela pode ser feita única e exclusivamente por ali. Ok?

P/Voz não identificada – Não, não entendi.

P/Martha – Não entendeu? Ontem a gente publicou uma resolução que se chama identificação única do beneficiário. Que é o seguinte, o que antes a gente chamava de carteirinha, agora a gente tá chamando disso, porque ela pode ser de 1.000 formas no futuro, a gente não tem como imaginar, então que nessa carteirinha, a proposta dela é a seguinte, nessa carteirinha eu tenha, mas você vai ter que mandar pelo menos uma vez real. Que nessa carteirinha ela tenha lá embaixo todas as trocas de alteração de rede, de substituição de prestador estão disponíveis no WWW e no telefone tal. Como você vai ter isso? Como um instrumento de uso, toda hora você vai usar, você não precisaria ficar mandando a cada 90 dias, porque você tem um instrumento na mão que supre essa necessidade, essa é a ideia. (pessoa fala muito baixo, dificultando a compreensão) Não, você leu a minha resolução de ontem? Ah, então, tá tão linda, tem lá o seu aplicativo, tem tudo. Não, aí aqui a gente vai botar uma observação, se for para usar a identificação única, ela tem que ser física. Para aplicar isso daqui como a única maneira de você comunicar tem que ser físico. Ah, e você vai mandar no boleto. Aí fica a seu cardápio.

P/Voz não identificada – Martha, só para eu entender melhor, então esse documento único de identificação, não gravei o nome correto, feito aí, a carteirinha, feito ela constando essa informação que as substituições eram constantes no site e tudo mais, acabou, isso seria o bastante pra ver essa comunicação.

P/Martha – E é isso que a gente tá discutindo aqui agora.

P/Voz não identificada – Entendi. Como é que fica a questão da parte final do artigo 17 que é mediante comunicação aos consumidores com 30 dias de antecedência. Isso seria suprido por essa informação perene.

P/Martha – A ideia é que a cada 30 dias no site ele tem esse prazo pra botar essa informação. Então assim, esse cumprimento dos 30 dias, a permanência dos 180, tudo isso tá nesse endereço ou no telefone que eu to informando.

P/Voz não identificada – Então essa comunicação, essa conduta da operadora seria para disponibilizar aos consumidores essa informação no site a cada 30 dias de uma maneira atualizada?

P/Martha – É, 30 dias é de uma maneira individual, ele tem que deixar lá permanente 180 e com 30 dias de cada substituição, ele ir atualizando, então se ele tiver um prestador por dia, ele vai ter que atualizar isso todo dia, essa é a ideia.

P/Voz não identificada – Ok, então como é que ficou essa questão do... A redação que eu estava propondo, em especial por escrito, no capote do artigo 11?

P/Martha – Isso, então a gente vai botar. Continua. Vamos lá Renata, a operadora deve comunicar por qualquer meio que garanta a sua ciência, aí como é que é, em especial por escrito, ao contratante do plano pessoa que as substituições na rede deverão ficar disponíveis no portal e na central de atendimento e os respectivos, endereço eletrônico e telefone. Esse...

P/Voz não identificada – Eu queria fazer uma observação, acho que é meio impresso e não por escrito. Porque na internet é por escrito também.

P/Martha – Então vamos lá. Parágrafo único virou parágrafo primeiro, a comunicação deverá ocorrer por ocasião da assinatura, 90 dias, virou parágrafo primeiro e aqui parágrafo segundo a gente coloca caso essa comunicação se dê por meio do padrão de identificação ao beneficiário por meio impresso, este pode ser o único meio de aí gente, me ajuda aí. Meio físico, mas a gente tá falando especificamente da identificação padrão do beneficiário. Tem o nome, depois a gente ajeita tá?

P/Voz não identificada – Não se aplica o disposto no parágrafo primeiro.

P/Martha – Isso, ok?

P/Voz não identificada – Martha, só tem um detalhe.

P/Martha – Isso Renata, caso se altere as informações tem que se alterar a esse envio. Mais alguém?

P/Voz não identificada – Eu to confuso com o que tá escrito aí, porque de fato eu ainda não li a 360. Muito prazer 360, mas a gente vai dar uma olhadinha. Eu tenho a impressão de que a gente tá olhando aqui a possibilidade de evoluir para a comunicação eletrônica, ainda que eu entenda... Então, tudo bem que ali tá em especial por impresso, mas na hora que você me diz que eu vou colocar isso na carteirinha, eu acho que as pessoas aqui sabem qual é o tamanho de uma carteirinha.

P/Martha – Isso é uma opção sua. O que ela quer é não mandar a cada 90 dias, ela quer botar isso na carteirinha e ele ter isso para sempre, é uma opção dela, a sua pode ser outra, ok? A carteirinha pode ser eletrônica, o cara nunca na vida dele ia receber a carteirinha, mas o boleto...

P/Voz não identificada – Você falou uma coisa que a gente deseja, que a carteirinha seja eletrônica. Aí quando você fala, mas quando você fala ali o impresso, não é isso que a gente tá falando.

P/Martha – Se você for usar a carteirinha para esse fim ela tem que ser impressa. Entendeu? Por quê? Porque a gente tá dizendo que pelo menos ela tem que receber esse trem impresso uma vez e a cada 90 dias, não é isso? Se você quiser usar essa informação na carteirinha, ela vai ter que ser somente na carteirinha, somente, ela vai ter que ser impressa, agora se você quiser colocar a carteirinha eletrônica e botar no boleto e mandar um ___ para o contratante e se virar para mandar isso de alguma maneira, você não precisa fazer.

P/Voz não identificada – Eu gostaria de questionar os 90 dias, porque a adaptação, uma série de informações que nós apresentamos aos consumidores, que são assim de extrema relevância, é feita uma vez por ano. Eu to imaginando lá na frente em que a maioria das informações seja não física. É realmente necessário a cada três meses a gente prestar essa informação já que há outras tantas que a gente informa anualmente? Eu sugeriria lá com um prazo mais amplo.

P/Martha – Mas pode ser só uma vez por ano?

P/Voz não identificada – Anualmente a gente informa.

P/Martha – Em vez de 90 dias, ser uma vez por ano.

P/Voz não identificada – Assim como todas as outras informações são prestadas aos beneficiários.

P/Martha – Eu que pus os 90 dias, os meninos tinham posto 180. Eu falei, pô, brincadeira, 180 dias, eu não olho isso sempre. E aí? Por mim, 180 e não se fala mais nisso. Quem dá mais? (risos)

P/Voz não identificada – Informações tão mais caras aos beneficiários são prestadas anualmente, eu não...

P/Martha – Ok, um ano, foi? Eduardo? Um ano. Um ano ou sempre que for alterado. (pessoas falam ao fundo) olha aqui, eu to em outro ritmo aqui de vocês, vamos embora, se liga. E aí, um ano ou sempre que for alterado? Hoje eu to super legal vocês estão vendo? Estou super aberta, olha o meu ___ hoje. Então vamos. Podemos passar? Tadinha da Renata. (intervenção feita fora do microfone) coloca, ela coloca respectivos endereço e telefone. Pode deixar Renata, passa pra baixo, vamos embora. Não, a gente vai melhorar. O que tá colorido, vai ficar bonito. Fica concedido 90 dias para que as operadoras promovam a atualização no sistema para prever isso, a primeira disponibilização em conformidade com as regras deve manter o histórico desses 90 dias e durante essa preparação do sistema, do período de atualização, as operadoras estão desobrigadas a comunicar dessa forma, mas vai utilizar qualquer forma de disponibilização dessa informação no portal. O que quê é isso que a gente tá falando? Você tem 90 dias para criar o espaço, treinar o SAC, o call Center, 90 dias. Mas no final desses 90 dias tem que botar

tudo desde o dia 22 de dezembro retroativo e nesse período dos 90 dias vocês vão ter que fazer em uma tabelinha Excel, Word, seja o que for, enfiar esse PDF no site em algum lugar por quê? Porque a fiscalização já começa a partir do dia 22 de dezembro, então eu preciso ter isso em algum lugar pra poder achar. Então, foi? Abre a IN Renata, por favor. Eu vou para a IN para a gente manter a mesma lógica. Pode ir lendo e parando? A IN é tão facinha. Pode?

P/Voz não identificada – Eu vou ficar sentada mesmo. Já tá na IN? Então... Bom, essa é a instrução normativa que regulamenta a comunicação aos beneficiários das substituições, então essa instrução normativa regulamenta o capítulo 2 da resolução da substituição que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas a substituição de prestadores de serviço de atenção a saúde não hospitalares no portal corporativo das operadoras de planos privados de assistência a saúde. As regras dispostas nessa IN aplicam-se aos casos de substituição de prestadores de serviço de atenção a saúde não hospitalares, pessoas físicas ou jurídicas que prestem serviços de atenção a saúde no âmbito dos planos privados de assistência a saúde. Capítulo dois da divulgação da substituição, todas as operadoras de planos privados de assistência a saúde deverão disponibilizar nos seus portais corporativos na internet, informações sobre as substituições de prestadores de serviço de atenção a saúde não hospitalares de sua rede assistencial observado os seguintes critérios mínimos. Um, a substituição deverá ser exibida por plano de saúde apresentando o nome comercial do plano, seu número de registro na ANS ou o seu código de identificação no sistema de cadastro de planos comercializados anteriormente a data da vigência da 9656, prestador de serviço de atenção a saúde não hospitalar que será excluído da rede do plano de saúde com respectiva data de término da prestação de serviço e prestador de serviço de atenção a saúde não hospitalar que substituirá o estabelecimento a ser excluído da rede do plano de saúde com respectiva data do início da prestação de serviço. A consulta das substituições da rede assistencial a partir do portal corporativo da operadora deve permitir de forma combinada ou isolada a pesquisa de todos os dados dos prestadores dos serviços de saúde previstos nas ___ C e D do inciso primeiro deste artigo, que deverão estar de acordo com o disposto na RN 285. É vedado as operadoras de planos privados de assistência a saúde condicionar o acesso as informações de substituição de sua rede somente aos seus beneficiários. Então a informação é pública, quem tiver interesse. A divulgação da substituição da rede de contratação indireta poderá ser feita por meio de hiperlink que leve ao endereço eletrônico da operadora na internet com a qual o prestador mantém a contratação indireta. Bom, aí penalidades, o disposto na instrução não exime a operadora de atender aos critérios relativos a divulgação e atualização das redes assistenciais previstos na 285 e a IN também entra em vigor no dia 22 de dezembro.

P/Martha – E aí, foi tudo? Vai, vamos embora. Pode falar.

P/Voz não identificada – Não, eu queria fazer só uma consideração, porque quando você fala na questão de ser no site aberto ou no fechado, por conta dos nomes que a gente tem de registro não serem exatamente aquilo que o cliente sabe que é o nome do produto dele, vai mais... Quando você veda ali no parágrafo único, quando você veda a informação aos beneficiários, você tá me dizendo que eu tenho que botar e-mail no site aberto.

P/Martha – Isso.

P/Voz não identificada – E na hora que a gente bota todos os produtos no site aberto, eu tenho que repetir para cada produto a saída de um determinado prestador, para alguém que tenha 2.000 produtos registrados, você vai botar uma lista, uma planilha interminável para o cliente. Para ele não faz o menor sentido.

P/Martha – A gente não disse qual é o lugar que você tem que botar isso, o formato disso, a gente ia fazer um formato padrão, eu falei, espera aí gente, que vai dar confusão. Você pode botar essa substituição quando você abre produto por produto, região por região, você pode botar um item dentro do teu site. Veja aqui as substituições, colocar uma planilha, você pode colocar dentro da região ao invés de colocar um produto você pode colocar isso dentro do teu site da forma que você achar melhor. Da maneira que ele fique menos poluída e mais clara. A gente tá dizendo que isso tem que estar disponível dentro do teu site para o teu beneficiário achar. Eu não to dizendo que isso tem que tá dentro do lugar onde eu procuro, enfim, eu posso criar um item, substituições, você não tem lá? Por exemplo, veja aqui sua rede... Não, é isso que eu estou dizendo, tem que tá em uma área aberta.

P/Voz não identificada – Mas essa é uma maneira de facilitar. Eu posso como alternativa ir até eles.

P/Martha – Você pode facilitar isso como busca, agora uma pessoa que não tem produto com você nenhum, tem o direito de achar essa lista.

P/Voz não identificada – Não, eu entendo, eu até acho que ele pode ter esse direito, só que ele vai ver uma lista que ele não vai entender nada.

P/Martha – Isso, mas tá lá a lista.

P/Voz não identificada – Aí eu acho que esse é um serviço...

P/Martha – A comunicação ao beneficiário ia a mim, ao mundo. Assim, você comunica o beneficiário, agora a entrada e a saída têm que estar disponível no teu site, se não eu não tenho como ver, é uma lei, como lei o ministério da justiça tem o direito de ver, o ministério público tem direito de ver, todo mundo

tem direito de ver, ok? Se eu engessasse isso dentro da forma como você disponibiliza a rede eu concordo com você, ia ficar mega poluído. Como eu não disse qual é o lugar que você vai criar, você pode criar uma área. A área do site e substituição, ou o item que é um link, enfim...

P/Voz não identificada – E eu posso sem ter essa condução para que ele digite o número dele e para que eu dê uma informação estruturada para ele.

P/Martha – Isso. Para ele assim, mas não exige de você ter isso em algum outro lugar.

P/Voz não identificada – Tá ótimo.

P/Martha – Ok? Foi? Virginia.

P/Virginia – A primeira questão, eu entendi que a gente só tá tratando de prestadores não hospitalares, porque estão sendo respeitadas as normas já existentes de prestadores hospitalares. Mas especificamente sobre o critério de comunicação, o artigo 17, o capote ele não faz essa distinção entre hospitalar e não hospitalar. Não poderia ser uma única forma de comunicação, ou seja, vou respeitar os critérios da IN 46 para substituição hospitalar, os critérios de substituição que a gente tá discutindo aqui para não hospitalar, mas o meio de comunicação ao beneficiário ser único, porque se não vai ficar estranho.

P/Martha – Pode e deve. Eu não quis foi colocar nessa norma, porque a gente tem algumas outras implicações internas. Agora eu acho bastante adequado que você adéque o hospitalar a isso também.

P/Virginia – Certo, então pode. A segunda questão no artigo terceiro, inciso um, a linha D que fala assim, prestador de serviço de atenção a saúde não hospitalar que substituirá o estabelecimento a ser excluído da rede do plano com a respectiva data de início da prestação desse serviço. Como a gente pode só ampliar um prestador já existente, eu inserir a data de início da prestação de serviço não poderá ser algo que parece ____.

P/Martha – Não, mas aqui não tá falando que você tem que ter um aditivo? É a data desse aditivo. Por isso que eu to falando, sem aditivo, não rola.

P/Virginia – Não, eu entendi, pode às vezes nem ter o aditivo, porque pode ser a minha rede própria.

P/Martha – Se não tiver eu vou te multar, entendeu?

P/Virginia – Tá, mas então a data de início da prestação de serviço é do aditivo. Bom, tudo bem... Acho que não ficou.

P/Martha – Esse cara que é o mesmo que você tá ampliando o serviço, ele funciona como um novo prestador pra você e como um novo prestador ele vai

ter as mesmas regras. O contrato dele não é um contrato, é um aditivo, a data da prestação de serviço é daquela aditivação, enfim, tudo isso.

P/Virginia – A minha ponderação é que quando a gente informa no portal eu vou informar a data do início da prestação de serviço, que inclusive tá no RPS lá do passado.

P/Martha – Aditivado em tal.

P/Virginia – Então a data do início da prestação de serviço ou do aditamento, não?

P/Martha – Não, porque para mim esse cara é novo. A gente pode até... O que quê vocês falaram?

P/Virginia – O portal vai ter uma informação única para o prestador.

P/Martha – Isso, é do aditivo, não tem problema, ok? Foi gente? Agora vocês podem escolher contrato ou reajuste. Vamos para contrato, por favor. Vai, vai ser tranquilo. Olha gente, essa tem que ler toda e depois aí a gente volta. Tá?

P/Marlene – Então essa RN dispõe sobre as regras para a celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de plano de assistência a saúde e os prestadores de serviço de atenção a saúde e da outras providências. Capítulo um, esta resolução RN dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre operadoras de planos de assistência a saúde e os prestadores de serviço de atenção a saúde da outras providências. Então são regras só para contratos escritos. Para fins do disposto nessa resolução considera-se, prestador, pessoa física ou jurídica que presta serviço de atenção a saúde no âmbito dos planos privados de assistência a saúde e forma de reajuste a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados. Capítulo 2, as condições de prestações de serviços de atenção a saúde no âmbito dos planos privados de assistência a saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua classificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito estipulado entre a operadora e o prestador. A redação da lei. Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes incluídas obrigatoriamente as que determinem o objeto e a natureza do contrato com descrição de todos os serviços contratados. A definição dos valores dos serviços contratados dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados. A identificação dos atos, eventos e procedimentos médicos-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora, nós copiamos a redação da lei. A vigência do contrato e os critérios e procedimentos para a

prorrogação, renovação e rescisão. As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas. Parágrafo único, a definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades, estabelecidas nessas cláusulas pactuadas, devem observar o disposto na 9656 e demais regulamentações da ANS em vigor. As seguintes práticas e condutas são vedadas no relacionamento entre operadoras e prestadores. Aqui a gente traz algumas questões previstas no artigo 18 da 9656. Qualquer tipo de exigência referente a apresentação de comprovante de pagamento contra a prestação pecuniária quando da habilitação do beneficiário junto ao prestador. Qualquer tipo de exigência que infrinja o código de ética das profissões e ocupações regulamentadas na área da saúde. Exigir exclusividade na relação contratual, restringir por qualquer meio a liberdade de exercício da atividade profissional do prestador, estabelecer regras que impeçam o acesso do prestador das rotinas de auditoria técnica ou administrativa bem como o acesso a justificativa das glosas. Estabelecer quaisquer regras que impeçam o prestador de contestar as glosas. Estabelecer formas de reajustes condicionadas a semestralidade da operadora. Estabelecer formas de reajustes que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado. Parágrafo único, não, agora não, vamos esperar o momento. A gente vai assimilando e depois a gente comenta. As vedações no inciso cinco e quatro que tratam, desculpa, cinco e seis que tratam das glosas só se aplicam se o envio do faturamento foi feito no padrão x vigente. Então prestador que não tá usando o padrão de x vigente não está incluído nessa regra. A operadora também é obrigada a enviar o padrão x, mas a gente não tem uma obrigação direto para o prestador, então só se aplica se tiver usando o padrão de x vigente. Ambas as partes. Deve haver previsão expressa de que a troca de informações dos dados de atenção a saúde dos beneficiários, isso no contrato, deve haver previsão expressa no contrato de que a troca de informações nos dados de atenção a saúde do beneficiário no plano privado de assistência a saúde entre a operadora e o prestador só poderá ser feita com o padrão obrigatório de troca de informações da saúde suplementar padrão x vigente. O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o da comarca de domicílio do prestador, de prestação de serviço. Seção 1, do objeto de natureza, do contrato e descrição dos serviços contratados. Artigo oitavo, o objeto e a natureza do contrato devem ser expressos incluindo regimes de atendimento e os serviços contratados. Artigo novo, os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos de acordo com a tabela de terminologia unificada em saúde suplementar ___ vigente. Artigo décimo, deve haver previsão expressa de que é vedado qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde por qualquer meio de pagamento referente aos procedimentos contratados e situados os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar, de mecanismos de regulação financeira. Essa parte em vermelho não tá na minuta que vocês receberam, porque nós nos demos conta que a gente tava revogando a 241 e não havia uma previsão de inclusão das disposições da 241

nessa norma, então incluímos para trazer agora para discussão. Eu peço especial atenção aqui agora nesse artigo 11 que tá em vermelho. Então da definição em valores dos serviços contratados dos critérios da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência. Isso tá na versão de vocês. Parágrafo primeiro, a forma de cobrança dos valores de medicamento de uso restrito em hospitais, que era o que tava na 251 e clínicas, aí nós acrescentamos, bem como ____, prótese, materiais especiais que sejam faturados dos serviços contratados, devem ser discriminados. Parágrafo segundo, deve haver previsão expressa que é vedado estabelecer margens de comercialização sobre os valores de medicamentos de uso restrito aos hospitais e clínicas bem como hortas, próteses e materiais especiais. Artigo 12, a forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa de modo claro e objetivo. É admitida a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados na composição do reajuste desde que não infrinja o disposto na 9656 e demais regulamentações da ANS em vigor. Parágrafo segundo, o reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito. Parágrafo terceiro, é admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste sendo que o período de negociação será de 90 dias corridos improrrogáveis contados a partir de 1º de janeiro de cada ano. Bom, artigo terceiro, os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos. Artigo 14, é rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expresso inclusive quanto a hipótese em que o prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado, prazos para contestação da glosa, para a resposta da operadora e para pagamento dos serviços em casos de revogação da glosa aplicada e conformidades com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor. Parágrafo único, o prazo acordado para a contestação da glosa deve ser igual ao prazo acordado para a resposta da operadora. Seção 3, da identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitam de autorização administrativa da operadora. Os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitam de autorização administrativa da operadora devem ser expressos inclusive quanto a rotina operacional para autorização, responsabilidade do prestador na rotina operacional e prazo de resposta para a concessão de autorização. Seção 4, da vigência do contrato e dos critérios e procedimentos para a prorrogação, renovação e rescisão. O prazo de vigência, os critérios e procedimentos para a prorrogação, renovação e rescisão do contrato devem ser expressos inclusive quanto a prazo de notificação de rescisão ou não renovação contratual bem como de suas eventuais exceções. Obrigação de identificação formal pelo prestador, pessoa física ou jurídica, a operadora dos pacientes que se encontram em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial acompanhada de laudo com as informações

necessárias a continuidade do tratamento com outro prestador respeitado o sigilo profissional. Obrigação de comunicação formal pelo prestador aos pacientes que se enquadram no inciso segundo deste artigo. A operadora deve providenciar o agendamento dos pacientes identificados na forma do inciso segundo em prestadores que possuem os recursos assistenciais necessários a continuidade da sua assistência respeitados os prazos estabelecidos na 259 das penalidades. As penalidades pelo não cumprimento das obrigações devem ser expressas de exposições transitórias. Nos primeiros três anos de vigência dessa resolução o reajuste a ser acordado nos contratos inscritos não poderá ser inferior a média da taxa de crescimento do PIB dos três anos anteriores a data de aniversário do contrato.

P/Martha – Calma, paz e luz, a gente vai voltar item por item. Vamos embora.

P/Virginia – Das disposições finais. Só para divertir (risos) O disposto nessa resolução não se aplica a relação entre o profissional de saúde cooperado associado as cooperativas médicas e odontológicas, profissional de saúde com um vínculo empregatício com as operadoras e administradoras de benefícios. As cláusulas dos contratos escritos celebrados anteriormente a vigência dessa resolução que estiverem desacordo com as disposições, com as suas disposições, devem ser ajustadas em até 12 meses contados do início da vigência da resolução. As operadoras que mantém o contrato não escrito com prestadores de serviço, permanecem em situação de regularidade, sujeita as penalidades cabíveis. O descumprimento do disposto nessa resolução sujeitará a operadora as sanções administrativas cabíveis previstas na regulação em vigor. Revogam-se todas as resoluções relativas a contratualização, os instrumentos contratuais que foram celebrados antes da vigência dessa resolução, que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela agência, permanecem sujeitos a aplicação das penalidades, as infrações praticadas durante a vigência das normas previstas no capote permanecem também sujeitas a aplicação de penalidades e a resolução entra em vigor no dia 22 de dezembro.

P/Martha – Vai lá Renata, volta para o primeiro. O Eugenio fugiu né? Já tá indo embora. (risos) foi? Vamos lá. Devagar hein gente, eu vou ler artigo por artigo. Esta resolução dispõe sobre as regras para a celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras e os prestadores e das outras providencias. Aí a gente tem as duas definições de prestador e de forma de reajuste, to indo hein, capítulo segundo dos contratos escritos. As condições de prestação de serviço de assistência a saúde no âmbito dos planos por pessoas físicas ou jurídicas independente de sua qualificação como contratada, referenciada ou credenciada, serão regulados por contrato escrito. Os contratos escritos devem esclarecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades. Aí tem as cláusulas, o objeto e a natureza do contrato com a descrição de todos os

serviços contratados. A definição dos valores dos serviços, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados, a identificação dos atos, eventos e procedimentos médicos-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora, a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão e as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas, parágrafo único, eu já vou abrir. A definição de regras, direitos e obrigações e responsabilidades devem observar o disposto na lei e as demais regulamentações da ANS em vigor. Estamos discutindo o artigo quarto, já temos Benício, Paulo, Carlos e Eduardo. É porque não dá pra botar na mesma página né Renata? Se a gente grudar uma página na outra, sabe aquele negócio que gruda uma na outra? Vamos lá, vai lá Benício, vai falando.

P/Benício – Em relação ao inciso terceiro que tem a palavra médico que isso aqui consiga uma redação que seja abrangente para todos os prestadores.

P/Martha – No terceiro, abaixa um pouquinho Renata. Aí, a ____, isso, beleza. A identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais. Tira a palavra médico Renata. No terceiro querida, aí, isso. Só tirar médico, só tirar médico e deixa assistencial. Paulo.

P/Paulo – Não, é só lembrar que eu acho que aqui que tem que incluir aquele problema que eu falei, daquela situação de exclusão de procedimentos da lista que tá imensa por ficar inviável como que a gente vai fazer isso aí. Tá lembrado daquilo? Tenho a impressão que é aí, mas eu não, eu to vendo o contrato por parte.

P/Martha – Vedação, valor, objeto, natureza, eu acho que podia ser na seção um do objeto natureza e descrição do serviço. Artigo 10.

P/Paulo – Tá bom, então pode continuar, era só isso aí que eu queria saber.

P/Martha – Renata volta, é só o médico, assistencial fica. Escreve assistencial depois.

P/Paulo – Não precisava nem o assistencial, tá tão claro, não tem nada disso, que...

P/Martha – Pronto, tirou o médico, foi? Artigo quinto, não gente, tem mais. Carlos, Eduardo e Virginia. Inciso cinco, as penalidades pelo não cumprimento.

P/Voz não identificada – Eu acrescentaria obedecido a reciprocidade.

P/Martha – O que significa isso que eu não atingi. (intervenção feita fora do microfone) Olha, as penalidade pelo não cumprimento das obrigações de ambas as partes.

P/Voz não identificada – E mantida a reciprocidade. Eu já analisei contrato de operadora que a penalidade para o prestador era 10% e a penalidade para operadora era 2. Sim, mas nós estamos estabelecendo regras aqui.

P/Martha – Olha só Carlos, existe uma seção, porque aqui a gente tá dizendo o que quê tem que ter. Tem a seção cinco, artigo 17 que eu acho que fica melhor colocar... Então tá, vamos guardar isso aqui, me lembra quando você chegar lá? Eduardo. Eduardo...

P/Eduardo – Bem, só no parágrafo único, a definição de regras, direitos, obrigações e (ininteligível) estabelecidos nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na legislação em vigor. Porque a lei 9656 ainda tem a 5764 das cooperativas, tem uma série de leis, medidas provisórias que tanto a lei regulamentam. Então tem que ser observada toda a legislação em vigor inclusive o 9656 e as regulamentações da ANS.

P/Martha – É só a gente apagar as demais regulamentações em vigor. Tirar o da ANS. Tira o da ANS Renata, por favor. Parágrafo único, tira o da ANS.

P/Eduardo – Aí não seria nem regulamentação, você pode colocar demais regulamentações e legislações. Porque não é só regulamentação, a legislação tem leis também.

P/Martha – Ok, demais legislações e regulamentações em vigor. Foi Renata? Antes de regulamentações bota legislações. Eduardo já foi, Virginia. Não, pode passar? Então vamos. Artigo quinto. Vamos lá, demais legislações, é só botar a palavra legislações e regulamentações em vigor. Isso, beleza. Ela tem que marcar tá gente, pra depois a gente fazer o depara com a nossa vida lá. Então vamos. Artigo quinto, as seguintes práticas e condutas são vedadas no relacionamento entre operadoras e prestadores, um, qualquer tipo de exigência referente a apresentação de comprovante de pagamento da contraprestação pecuniária quando da habilitação do beneficiário junto ao prestador. Dois, qualquer tipo de exigência que infrinja o código de ética das (ininteligível) ou ocupações, exigir exclusividade na relação contratual, restringir a liberdade do exercício, estabelecer regras que ___ o acesso do prestador as rotinas de auditoria técnica ou administrativa bem como as justificativas de glosa, estabelecer quaisquer regras que impeçam o prestador de contestar as glosas, estabelecer formas de reajuste condicionadas a semestralidade da operadora e estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado parágrafo único, as vedações dispostas nos incisos cinco e seis só se aplicam se o envio do faturamento for feito no padrão x vigente, vamos abrir para esse. Já temos Virginia, ela falou que não queria, Paulo e Eduardo. Qual foi o Paulo que levantou a mão?

P/Paulo – Eu mesmo. O espírito da lei é um e não dá para contradizer o espírito da lei. Eu acho que devia ter uma vedação aí. A vedação é estabelecer

formas de reajustes em percentuais fixos. Percentual fixo não mantém equilíbrio financeiro, hoje é muito, amanhã é pouco e a situação vai ficar muito complicada. Em percentuais fixos, não é, se eu quiser fazer um contrato, eu fiz contratos, alguns com 80% de INPC, isso aí tudo bem. Não é isso que eu to falando, olha, o teu reajuste vai ser 4%, 3% todo ano, vai ser R\$50,00, vai ser R\$30,00, isso não é o espírito da lei, então tem que vedar isso aí. Percentual de reajuste descontando produtividade que eu dei esse nome, eu fiz e recomendei que fizessem. Eu to aqui, inclusive trouxe uma fórmula, dei para a agência uma vez. Eu recomendei que fizessem, agora não vedar valor fixo, os contratos...

P/Martha – Não, é assim, o reajuste será de 2%.

P/Paulo – 2%, será de R\$50,00 na consulta todo ano, eu to inventando. Reajuste de valores fixos, isso não tem amparo legal em lugar nenhum.

P/Martha – Calma, calma, eu vou pedir pra guardar isso na discussão do artigo 18. Dessa mesma resolução aqui, artigo 18, a gente vai voltar isso com maior profundidade. Eduardo.

P/Eduardo – Eduardo Gomites, presidente da comissão nacional de convênio e credenciamento de odontologia. Aí essa questão é importante vedar aí que é uma prática comum, a exigência do prestador por parte da operadora do fornecimento, nota fiscal e comprovante de pagamento, baseado em valor de procedimentos realizados e não receber. O prestador presta a nota, eles querem que emita o recibo sem receber, aí você vai pagar o imposto e recolher sobre o que você emitiu, a nota fiscal e você não recebeu. Aí ele glosa 30% dos seus procedimentos, 30, 40%, você já pagou o imposto e vai ter que brigar para receber aqueles 40% adicionais. Então isso vai ter que ser vedado.

P/Martha – Tem alguma regra sobre isso na receita?

P/Eduardo – Não, existe, você só pode emitir a nota se você receber. Se você vai me pagar 100, eu emito a nota. Comprei, eu recebi. Agora como é que eu vou emitir uma nota fiscal de um valor que eu não recebi? Isso é prática comum, gera...

P/Martha – Calma, estamos discutindo o ponto, artigo cinco, vedação, a proposta do Eduardo é que se vede como cláusula contratual, porque essas vedações aqui são para constar no contrato de vocês. Não é isso? Então a proposta dele é que tenha uma vedação aqui nessa redação, vê se eu entendi para a emissão de nota anteriormente a efetuação do pagamento. Calma...

P/Eduardo – O valor da nota tem que ser aquilo que vai ser pago ao prestador.

P/Martha – Calma, ok, calma. A gente está aqui em uma regra de contrato, o máximo que a gente poderia tentar é repetir se existe alguma normatização da

receita federal e trazer esse artigo aqui pra dentro. Enquanto a gente tá aqui nessa discussão, alguém pode __ isso e procurar, Marcelo, você sabe alguma coisa sobre isso? Marizelia, alguém dá o microfone para a Marizelia, por favor.

P/Marizelia – A hora que ele faz o serviço. Então aqui a gente só tem que garantir que respeitem a norma tributária. Tem uma discussão grande que ele emite uma nota, depois ele é glosado e ele já pagou imposto sobre aquilo que é glosado. A gente tem discutido isso muito, mas é uma norma externa, ANS, ok.

P/Paulo – A maioria dos prestadores do país, em número, eles trabalham em lucro presumido, porque eles faturam menos de 80 milhões por ano, a grande maioria. O lucro presumido trabalha em regime de caixa e não em regime de competência. Como ele trabalha em regime de caixa, se ele emite uma nota com um valor maior, ele paga imposto maior e não compensa. Então essa mágica não existe. Como ele trabalha em regime de caixa, se eu emitir uma nota de R\$100 mil e receber R\$98 mil, eu vou pagar imposto sobre R\$100 mil e ponto parágrafo. Então não pode ser emitida a nota de eu saber o valor do recibo. Eu estava aqui reunido com vocês, começou a tocar o meu telefone, era a Vale comunicando que tinha tido uma glosa de 1% e que eu podia emitir a nota em um valor. Eu pedi isso aí e pedi para ligarem para o laboratório. É óbvio que tem que funcionar assim, não tem outra maneira. Eu to falando que 98% dos prestadores trabalham em lucro presumido ou agora em micro empresa, pequena, não sei, e o regimento de caixa.

P/Martha – O Marcelo tá aí gente? Cadê o Marcelo? Você sabe alguma disso? Não? Espera aí gente, eu vou inscrever o Toro. Eu acho que a gente podia, eu vou pedir licença ao Carlos e a Mônica pra gente tentar dar uma terminada nisso e passar para outro ponto. Para esse item. Então para esse item, Wilson, quem mais levantou o braço? Dr. Zilli, Adriano e Toro. Então vamos embora vai.

P/Carlos – Ok, basicamente o ponto a defender é o que ele tava falando, o serviço quando termina, quando você termina, todos os processos de auditoria, você não precisa emitir a nota no primeiro minuto da prestação de serviço, sempre fica às vezes 30, 60 dias internado, vai ter um processo de auditoria, de verificação, quando que esse ciclo de serviço acaba? Quando o hospital, o prestador, a operadora chega a conclusão que finalizou. Até então você tem um relatório, uma série de documentos para simples conferência.

P/Martha – Vamos lá, Adriano, Wilson e Zilli.

P/Adriano – Eu só queria fazer um comentário sobre essa situação que de fato ocorre. O sistema, o modo operante do nosso sistema ele inclui, ele é complexo e inclui essa situação que foi referida aqui. algumas operadoras exigem emissão da nota fiscal antecipada e depois elas efetuam glosas. Então

os prestadores ficam com um encargo tributário e pagam sobre o valor total da nota emitida. Nós tentamos discutir esse assunto lá no ___ e a gente não teve êxito, porque o assunto é complexo. Se a gente puder ter aqui Martha o compromisso da ANS, colocar esse assunto na agenda, porque a situação que o Paulo descreveu pode até se aplicar um percentual de prestadores, mas a gente tem, desculpa Paulo, um segundo só, mas a gente tem empresas de diferentes portes que atuam de diferentes maneiras, então a gente não pode simplificar e tentar dar uma solução única. Então o que eu peço aqui Martha, é que esse assunto que eu acho difícil de resolver agora seja mantido na agenda da ANS para que a gente possa ter uma solução. Vai envolver receita federal sim. E municipal também.

P/Martha – Tá, eu tenho uma proposta aqui, eu vou deixar o Toro e o Doutor Zilli falarem e aí a gente, eu leio aqui o que eu escrevi, tá?

P/José Luis Toro – José Luis Toro pela Unidas, na verdade entendo a manifestação do Dr. Eduardo, mas a questão é muito mais complexa. Em primeiro lugar a operadora é obrigada a fazer a contabilização da conta suja. Isso começou lá atrás com a IN 32 que depois já foi revogada, hoje está nos anexos da RN 290 que fala sobre contabilização, a operadora é fazer, ela tem que fazer a contabilização a partir da primeira comunicação que ela recebe do prestador. Para um efeito tributário e legislação municipal, ela entende como fato gerador a prestação de serviço e não a cobrança ou o recebimento. Da mesma forma a operadora quando cobra os seus consumidores e que emite a nota, se ela vier a receber ou não vier a receber, para municipalidade ela tem que fazer o pagamento do tributo. A questão é um pouco mais ampla, eu já passei por questões dessa no Nordeste e sem contar que é um imposto municipal, nós temos 5.600 municípios, cada município tem a sua própria legislação, inclusive as operadoras muitas vezes ao receber a conta suja, teoricamente ela tinha que fazer até a retenção de imposto naqueles municípios que a obrigam fazer retenção sobre o valor da conta suja. Então esse é um problema que a gente não consegue resolver, seria ótimo se pudéssemos resolver aqui com uma simples cláusula, não consegue resolver, é uma questão tributária que envolve as municipalidades e a única alternativa que eu vi lá no Piauí, em uma ocasião, era de se tentar o regime especial em cada município na verdade e tentar alguma coisa nesse sentido. Fora isso, nós infelizmente não conseguimos resolver e a operadora é obrigada a contabilizar, o Dr. Eraldo tá aqui que não me deixa mentir, pelo primeiro valor recebido, ou seja, pela conta suja. Isso gera uma série de problemas, inclusive para a própria operadora, mas a legislação municipal é essa.

P/Martha – Calma aí, temos Zilli, Mônica, Marlene, eu queria só ler um negócio aqui que em dois segundos a gente “gugou” aqui, santo Google, a gente achou uma lei 8.846 de 1994 federal que a gente, que o primeiro artigo é o seguinte, só pra vocês verem a complexidade do que a gente tá falando, a emissão de

nota fiscal, recibo ou documento equivalente relativo a venda de mercadorias, prestação de serviço ou operações de alienação de bens móveis, deverá ser efetuada para efeito da legislação do imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza, no momento da efetivação da operação. Então a gente tem um monte de lei sobre isso, não tem a mínima condição de discutir isso aqui, não sei nada sobre isso, a minha proposta era a gente colocar um parágrafo aqui falando é vedado não seguir as normas tributárias em vigor. Não seguir. E foi gente, é o que temos para o momento. Eu vou deixar as pessoas falarem e a gente vai passar para o próximo item. Então a gente tem Dr. Zilli, Mônica e Marlene.

P/Voz não identificada – Na realidade eu acho que é um problema realmente complexo, mas é um problema que eu acredito que a 13003 ela tenha vindo para melhorar o relacionamento em todos e para aprimorar sistema e a gente não pode fugir dessa discussão, que é uma discussão que talvez para algumas pessoas ou empresas, firmas, jurídicas, ela tem um caráter que pode ser colocado para frente, mas um pequeno consultório, que é uma pessoa jurídica, isso é um problema sim, grave, muito grave. Eu acho que a complexidade, existem operadoras que estão descumprindo a lei, porque elas aceitam pagar contra a apresentação da conta final, a conta depois da discussão da glosa. E outras que não, eu acho que é muito simples isso aí. Na realidade eu não acredito que juridicamente falando em termos de fisco, existe algum absurdo na discussão que você pague pelo serviço realmente prestado e por um serviço realmente contratado e pago. É muito simples isso. Isso de alguma maneira, mesmo que não seja resolvido aqui agora, porque a 13003 não vai resolver isso, mas que tenha sim no corpo desse contrato, que tenha uma vedação a esse tipo de colocação. Porque isso inviabiliza muitas vezes, se o sujeito tiver, por exemplo, dois ou três operadores, um prestador que trabalhe com duas ou três operadoras que exigem isso, se ficar prevalecendo isso ele vai quebrar. Então não tem cabimento essa coisa. Eu acho que não é possível que a gente não seja tão inteligente, minimamente inteligente e perspicaz para colocar pelo menos um tipo de vedação nesse porte. Isso é óbvio.

P/Martha – Mônica. Passou, Marlene.

P/Marlene – Martha, olha só, existe operadora que glosa, a gente já mandou a nota fiscal, a gente tem que pagar o imposto, ainda tem que pagar o profissional que atendeu e nós não recebemos. No caso do recurso da glosa quando a operadora aceita o recurso da glosa algumas ainda exigem que a gente emita novamente uma nota fiscal tá? Então a gente, é duplamente tributado. Então assim, tem que haver uma regra, porque se não, isso acaba sendo, é uma penalidade para o prestador sempre.

P/Martha – Gente, eu to criando aqui uma lista de pendências, tem coisa que a gente vai ter que estudar, essa a gente vai ter que estudar.

P/Marlene – Mas só mais uma coisa Martha, disseram aqui que não pode, enfim, tem muita operadora que só solicita nota fiscal quando ela apresenta o que ela vai pagar. Então assim, não existe, o que eu imagine, que eu saiba, e a gente trabalhou e estudou muito isso por causa do simples, não existe nenhuma regra que impeça a operadora de solicitar nota fiscal para que ela apresente o que ela vai pagar.

P/Martha – Deixa eu só passar para o Doutor Salomão, para o Benício, o Carlos já é a primeira pessoa da próxima lista, eu posso continuar escrevendo, só acho que a gente tem milhões de artigos aqui para discutir e a gente tá discutindo uma coisa que a gente viu que não vai conseguir resolver aqui, tá? É para esse item ou para o próximo?

P/Salomão – Martha, eu acho que é um tema que não é nosso, não é da ANS, é da legislação tributária. Nós não devíamos discutir aqui, mas nós passamos por isso, lá em Goiás isso ficou resolvido nas principais cidades que pode haver um acordo, entendimento e a prefeitura baixa uma portaria em relação ao ISS que é pago ali. O próprio SUS faz isso, quando ele paga, vai pagar, ele pede a nota fiscal quando ele tem um valor a ser pago, então se a operadora atuasse em pedir a nota fiscal quando ele já tem o valor a ser pago. Então se a operadora atuasse em pedir a nota fiscal nessa hora, isso tem que ter um acordo com a prefeitura porque senão o fiscal vai lá no estabelecimento e multa né, porque não emitiu a nota, então o município baixa uma portaria e tal, então é o trabalho de cada um, a legislação tributaria realmente exige assim.

P/Martha – Ok, Benício já falou, não?

P/Benício – Não, eu só queria, vamos supor, tratando-se de pessoa física né, Caixa Econômica, algumas instituições, porque ela recebe a minha produção, faz a análise, após fazer essa análise ela me pede que eu mande o RPA, então após toda análise eu encaminho o RPA e ela faz o pagamento pelo RPA, pessoa física, não estou falando de pessoa jurídica.

P/Martha – Ta, Espiloron.

P/Espiloron – Espiloron, Confederação das Santas Casas. Marta, as Santas Casas e os hospitais sem fins lucrativos se beneficiam de uma isenção de impostos regulada pela certificação das entidades, a 12.101 e as suas alterações igualmente por uma legislação fiscal da Receita federal, elas estão obrigadas, senão perdem a isenção a qualquer momento, ficar constatado que não atenderam os preceitos que você acabou de dizer que no caso dos hospitais, é a prática da competência da prestação do serviço e não Caixa, ta dizendo até Paulo aqui, que ele colocou bem a questão das instituições que tem um faturamento pequeno, mas nós temos instituições de faturamento pequeno que por conta da isenção está obrigada a praticar essa lógica da Receita Federal, ta bem? A gente entende também e nós temos esse

problema, de você emitir a nota fiscal e depois ter a glosa etc., mas estamos obrigados a atender a legislação da filantropia que evidentemente impõe também essa condição para manutenção da isenção. Obrigado.

P/Martha – Carlos, mudamos o tema.

P/Carlos – Gostaria de solicitar a exclusão do parágrafo único. Hoje a implementação do padrão TIS, a forma de garantir se ela foi implementada e se foi por culpa do parte da prestadora da operadora, é subjetiva. Então vou te dar um exemplo que nós fizemos uma consulta o CBR sobre implantação. Então uma operadora X que consta como para ANS ela já pronta no padrão TIS 302, ela apareceu em 40 clínicas, em 28 como não prontas, por quê? Eles têm 50 mil prestadores, até essa onda se complementar de implementação, eu colocar um dispositivo desse que eu tire o direito do prestador, eu não vou saber se é culpa dele a implementação ou culpa da operadora, eu to tirando o direito dele.

P/Martha – ok, em vez de tirar, eu to botando uma virgula, desde que a operadora esteja apta a receber e aí se eu ver que a operadora não está apta a receber, eu mudo a operadora.

P/Carlos – Eu entendo, mas ela vai te falar que ela está apta, como você vai saber que o lado de lá do prestador não está?

P/Martha – Não, agora to recebendo o TIS, se eu não tiver recebendo nenhum na vigente...

P/Carlos – Beleza, satisfatório, obrigado.

P/Martha – Eu sei que ela não ta lá. Então boa lá Renata, virgula, vigente, virgula, desde que a operadora esteja apta a receber. Ta bom Marisa? Posso passar para o sexto? Passei. Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados entre a operadora e prestador só poderá ser feita no padrão obrigatória do TIS vigente. Estamos falando de regras de contrato, Virginia.

P/Virginia – Olha gente, tem um monte de item do artigo 5º, só tinha passado o inciso.

P/Martha – Oi?

P/Virginia – Voltar lá no artigo 5º, por favor, Marta...

P/Martha – Ta, vocês estão lentos, vocês estão lentos, fiquem ligadas que eu to rápida hein, vai...

P/Virginia – Primeiro o inciso 6º que fala estabelecer quaisquer regras que impeçam o prestador de contestar as glosas. Pedir para colocar no final uma virgula, colocando: exceto quanto ao disposto nessa norma. Porque pode ser

interpretado porque se a gente está colocando um prazo para analisar a glosa, que isso pode ser uma regra que impeça.

P/Martha – Então, isso tá lá na regra de glosa, no capítulo alguma coisa...

P/Virginia – Eu sei que tá lá, por isso que tô pedindo para colocar aí, respeitado o disposto nessa norma...

P/Martha – Minhas gurias, se já está na norma, a gente precisa repetir assim o que é óbvio? A proposta... Porque senão a gente vai ficar indo e voltando na própria norma...

P/Virginia – Técnica legislativa se você está ali com dois artigos contraditórios...

P/Martha – Vamos lá Virginia, fala o que você quer, qual a vírgula, vamos embora. Estabelecer quaisquer regras que impeçam o prestador de contestar as glosas, é esse?

P/Virginia – Isso, vírgula, exceto quanto ao disposto nessa norma.

P/Martha – Respeitado o disposto nessa norma.

P/Virginia – Isso.

P/Martha – Foi Renata? Eu vou passar para o 6º... Marcia...

P/Virginia – Aí depois o inciso...

P/Martha – Ah, você não acabou, pode falar.

P/Virginia – Não, tem o 6º, o 7º e 8º. O 7º é com relação a vinculação e sinistralidade da operadora, a gente sabe que isso hoje é uma redação pela IN 49, mas um dos argumentos que a gente questionou, é por que isso hoje é vedado, por que isso não poderia ocorrer a partir do momento, que como nós somos só um intermediador nessa relação, a partir do momento que a gente não tem aquele recurso para reajustar, como que a gente vai poder reajustar?

P/Martha – Eu não entendi, você pode repetir?

P/Virginia – Não, isso não está na lei... Hoje, a IN 49...

P/Martha – Qual é o inciso?

P/Virginia – O 7º...

P/Martha – 7º: estabelecer formas de reajuste condicionadas a sinistralidade da operadora, não pode?

P/Virginia – Pois é, por que não pode?

P/Martha – Isso, a IN 49 vai ser revogada, a gente está trazendo as cláusulas para cá para dentro, não pode porque por todos os entendimentos da ANS, não só a 49 que estamos revogando, mas todos os pilares construtivos da agência falam que a gente não pode não ter nem reajuste e nem qualquer limitação para o beneficiário e aí reajuste para o prestador ligado a sinistralidade da operadora.

P/Virginia – E o inciso 8º, estabelecer formas de reajuste que mantém ou reduz o valor nominal do serviço contratado. Como cláusula contratual a gente até entende, mas a gente gostaria que tivesse uma ressalva, ressalvado novas contratualizações, porque é muito comum em virtude de novas tecnologias, o procedimento anterior passar a ter um valor defasado ou até mesmo o prestador ter interesse em, às vezes, direcionar o atendimento para ele e ele querer negociar um valor abaixo do que antes ele pressuponha, se já tinha nessa relação, então não seria... A lei permite direcionamento de atendimento e isso não é dumping, espera aí. O contrato estabelecer formas de...

P/Martha – Virginia, olha os, você está complicando tudo, a gente tá fazendo uma regra para um contrato, você tá fazendo outro contrato, para que trazer essa discussão para cá?

P/Virginia – É exatamente, colocar aqui...

P/Martha – Não, Virginia, olha só, não complica, tá bom? Vamos lá, quem é o próximo? Marcia.

P/Marcia – É só uma sugestão aqui para ficar, para resguardar principalmente o paciente, o usuário, nesse artigo 6º deve haver previsão expressa para troca de informações etc. e tal, e o prestador só poderá ser feito no padrão obrigatório para troca de informações da saúde suplementar, padrão TIS vigente, resguardado o sigilo e a privacidade do usuário, garantido pela legislação em vigor.

P/Martha – Tá, a gente vota nisso na regra do padrão, a tua proposta é que você trouxesse para cá?

P/Marcia – Trouxesse para cá...

P/Martha – Mas na verdade, a gente estava falando, vai se remeter a regra do próprio padrão que já tem isso.

P/Marcia – Não, tá bom, é que se no padrão TIS isso tá garantido...

P/Martha – Tem, tem tudo isso. Artigo 6º: Deve haver previsão expressa de que a troca de informações com dados de atenção a saúde entre a operadora e o prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para troca de informações vigentes. 7º: O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o da

Comarca da prestação de serviço do prestador. Domicílio não é o que o cara reside né gente, o domicílio é onde ele presta o serviço, mas podemos mexer nisso. Isso, Toro levantou a mão, Virginia levantou a mão e ponto. Vai Toro.

P/Toro – Eu entendo que essa matéria, é matéria de ordem do direito processual, o artigo 100 do código de processo civil, já estabelece normas com referencia a isso, não está capitulado como clausula obrigatória nem na lei 13.003 e nem mesmo no artigo anterior aqui que regulamenta os requisitos do contrato, a questão da eleição de foro, então eu entendo que essa matéria extrapola na verdade, os limites da própria regulação, não está previsto como clausula obrigatória na própria redação que é apresentada então por essa resolução, devendo então, se for o caso, deixar o que deve ser escolhido pelas partes, porque parte-se do principio de uma hipossuficiência do prestador de serviço, não necessariamente...

P/Martha – Calma gente, deixa ele falar...

P/Toro – Não necessariamente, se eu tenho, por exemplo, o DASA movendo uma ação como uma autogestão do interior da Paraíba, quem que é o hipossuficiente dessa relação? Então eu entendo que já existe norma tratando desse assunto no próprio código de processo e não é nem de competência da lei clausula obrigatória nesse sentido.

P/Martha – Eu entendo, concordo com você. A gente tinha tirado isso da regulamentação porque isso não era um item da lei e aí porque a gente voltou né? A gente voltou porque a gente entende que a gente está colocando no contrato várias coisas que vão ser discutidas e penalizadas pelo contrato e não pela minha fiscalização né, isso que a gente combinou. Tem coisas que estão dentro da minha, do meu âmbito de fiscalização e coisas que não estão, que estão lá como uma regra de punição entre as partes no contrato. Assim sendo, eu, nós que discutimos essa lei dentro da agência temos o entendimento de que: uma vez que você oferece isso a nível nacional, mas aquela discussão ali daquele problema vai ter que ser feito no lugar onde está a prestação de serviço, para que essa clausula de compromisso e de punições entre as duas partes se desse de uma maneira razoável, o correto seria que o foro tivesse no do prestador, que é aonde está sendo prestado aquele serviço. Claro que vocês podem questionar isso em diferentes ambitos, mas a gente achou que valia a pena extrapolar nesse sentido.

P/Toro – Na verdade, não seria então do prestador, seria no local da prestação de serviço?

P/Martha – Prestação de serviço...

P/Toro – Na realidade nem sempre, nem sempre o domicilio fiscal tanto do prestador como...

P/Martha – Já concordei...

P/Toro – Será na, ainda mais tendo em vista que você...

P/Martha – É da prestação de serviço...

P/Toro – Mas mesmo esse critério, mesmo esse critério, mesmo esse critério ele é passível de confusão, porque você pode ter o contratante e o prestador, não necessariamente o serviço sendo realizado no domicílio fiscal de um deles, então eu penso que seria melhor primeiro, eu reintero, eu entendo que não é matéria de competência dessa regulação, segundo: se quiser então estabelecer como clausula obrigatória, deixaram então as partes estabelecer qual foram, o que será então aplicado.

P/Martha – Ok, Virginia.

P/Toro – Mas por mim eu tiraria.

P/Martha – Calma gente, todo mundo vai falar no microfone. A Virginia está inscrita e o Paulo está inscrito.

P/Virginia – Primeiro, eu concordo com o Toro que o código de processo civil já trata dessa matéria e só haveria necessidade do órgão regulador intervir se isso fosse hoje um problema para as partes e para mostrar que isso não é, a gente fez uma pesquisa, trouxe nas considerações da audiência pública com as filiadas qual era o numero de ações judiciais em relação ao numero de contratantes e é irrisório, praticamente nenhuma operadora tem judicialização...

P/Martha – Então ta beleza, não tem problema para ninguém...

P/Virginia – Então se não tem problema, qual o sentido da intervenção do órgão regulador numa questão em que não há, e quem regula já é o código de processo civil? Então estabelecer diferente do código de processo civil numa relação que não há essa divergência, parece um pouco arbitrário, é diferente. Ali quando eu coloco que é o foro...

P/Martha – Virginia assim, a gente só está, a gente ta trazendo uma regulamentação para discussão, mas tem coisas que você chama de arbitrário, eu chamo de poder decisório da norma, e aí o poder decisório em algumas vezes vai ter que ser nosso mesmo, ta? Paulo e Eduardo.

P/Paulo – Virginia desculpe, sabe por que não tem ação? Não tem ação porque não tem como um laboratório lá de Paraopebas acionar o Bradesco lá em São Paulo, ele quebra, só em pensar em fazer isso, só em pensar em fazer isso. Alguns anos atrás, alguns laboratórios acionaram uma seguradora em Belém, foi transferido o foro para São Paulo porque no contrato estava em São Paulo, e porque, essa seguradora só assinava o contrato se o foro for de São

Paulo e aí conseguiu levar para São Paulo, nós desistimos porque o que nos iríamos gastar era impossível. Deixa eu explicar uma coisa, quando o plano é pequeno, ele é local, o foro é aquele mesmo, to eu e ele de cara, mas quando o plano é nacional, não dá para comparar a capacidade de ação de uma seguradora, de uma grande operadora com a capacidade de ação do medico, de um pequeno serviço, como que o medico vai acionar uma seguradora em São Paulo? Isso é uma brincadeira, é uma ilusão, gente, isso é uma ilusão a toa...

P/Martha – Gente, calma, calma, senão vou cortar o microfone de todo mundo e vou ficar só com o meu...

P/Paulo – Isso é, o Jane Alves, é ilusão a toa.

P/Martha – Então calma, todo mundo vai ter o direito de usar o microfone com parcimônia e calma. Agora é a vez do Eduardo falar. Gente, só o Eduardo vai falar agora.

P/Eduardo – Só para esclarecer, adotou a legislação do código civil, mas não é só a legislação do código civil que normatiza os incisos das atividades no Brasil, existe a lei geral dos conselhos, que os conselhos também são normatizadores dentro das suas atividades né, atividades universitárias regulamentadas, as atividades não só nível superior, mas regulamentadas, e no caso, a ANS também tem a lei que regulamenta sua atuação, e ela é um regulador sim, ela normatiza sim, e os conselhos de classe também sim. Então as empresas para desenvolver atividade nesses campos de atuação, elas também terão que estar sujeitas as legislações das agencias reguladoras e dos conselhos de classe, se quiserem atuar, se não quiserem pode sair do mercado.

P/Martha – Então vamos passar para seção 1, artigo 8º: do objeto, natureza do contrato e descrição dos serviços contratados. O objeto e a natureza do contrato devem ser expressos, incluindo o regime de atendimento e os serviços contratados. Os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos de acordo com a TUS vigente. Deve haver previsão expressa que é vedado qualquer tipo de exigência de contra prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário do plano de saúde por qualquer meio de pagamento referente a procedimentos, foi o que a gente já discutiu lá atrás. O que tem de importante aqui? A gente está mudando um pouquinho e para gente, ANS, soa superimportante, na hora que eu contrato um determinado prestador, eu agora sei qual é o serviço que está sendo contratado, isso para mim faz uma diferença enorme na hora de monitorar a rede, então alguém tem alguma coisa para colocar aqui. A gente não inventou e falou assim: vamos deixar para o artigo 8º? Eu já não lembro mais o que era... Ah, Doutor Zilli.

P/Doutor Zilli – Exatamente nesse artigo 10º, depois de mecanismo de regulação financeira, uma vírgula, e nos casos em que houver contencioso entre a operadora e o prestador por questões de remuneração de atendimento. Quer dizer, não é vedado, não pode ser vedado...

P/Martha – Mas aqui oh, esse artigo é o seguinte: deve haver em previsão expressa que é vedado...

P/Doutor Zilli – O objeto e a natureza do contrato devem ser expressos... deve haver previsão expressa que é vedado qualquer tipo de exigência e prestação pecuniária, exceto nos casos que eu acabei de citar para você, sim Senhor...

P/Martha – Na verdade assim, aqui a gente tá falando assim: o beneficiário tem o contrato com a operadora e ela tem que ter aquele serviço executado, então o problema é dela com a operadora, então a operadora tem que dar um jeito, tem um grupo de prestadores que tá no movimento? Ok, a operadora tem que dar um jeito de colocar esse beneficiário em algum outro lugar, algum outro serviço, enfim, que ele tenha a prestação garantida, mas pela regulamentação 9656, nunca esse beneficiário deve ser cobrado por alguma coisa que ele já está pagando na contra prestação pecuniária...

P/Doutor Zilli – Sim, a gente não pode exigir também, que pelo outro lado o prestador não possa ir lá, porque parece que o sistema vai parar, isso aí que você tá falando é muito bonito, mas na prática não funciona, na prática a operadora não vai ter como mandar um outro prestador, o prestador vai parar e o beneficiário vai ser o prejudicado...

P/Martha – Isso, aí é um problema da operadora com o beneficiário e o meu problema é com a operadora. O que eu não posso, perante a 9656, o Marcio tem escrito, é permitir que esse beneficiário que já pagou uma contra prestação pague além disso um serviço pelo qual ele já contratou...

P/Doutor Zilli – Não, mas você não tá obrigando ele a pagar também, é opcional dele também pagar...

P/Martha – Se ele quiser...

P/Doutor Zilli – Sim, então, se ele quiser, e se ele quiser é um problema dele...

P/Martha – Mas a operadora tem que oferecer outra maneira dele ter aquilo...

P/Doutor Zilli – Mas o artigo não pode engessar...

P/Martha – Agora se ele reclamar comigo, eu vou lá e vou montar a operadora...

P/Doutor Zilli – Tudo bem, mas o artigo, não é bem isso... você não pode impedir no artigo que o prestador exerça o seu direito e não paralise o sistema, da forma como está colocado...

P/Martha – Não, mas o prestador pode exercer o direito de parar, ele só não pode cobrar...

P/Doutor Zilli – Não, não, não, não estamos discutindo greve, nós não estamos discutindo isso, já ficou discutindo lá atrás. Nós estamos discutindo outra situação aqui, nós estamos discutindo valores pecuniários, valores de ressarcimento, que na realidade isso é uma prática comum em todo movimento medico no Brasil até hoje, e sempre funcionou dessa maneira de uma forma mais ou menos regulada. O que nós não podemos, existe o possível e existe o ideal, e aqui o que ta se fazendo até agora foi se fazer o possível, não o ideal, você mesmo usou esse argumento várias vezes, agora autorizar dois pesos, Deus me livre... esses argumentos tem que votar aqui agora...

P/Martha – Eu entendo, todos nós da saúde suplementar somos regidos pela mesma lei, é que às vezes a gente esquece que essa lei serve para todo mundo, ela serve para mim, serve para as operadoras, serve para os prestadores, e nessa lei que é uma garantia para o beneficiário, está escrito que ele não pode pagar para nada que já está contratado...

P/Doutor Zilli – Se ele não quiser...

P/Martha – Mas se ele quiser ele pode pagar até em moedas de ouro...

P/Doutor Zilli – É por isso que você tem que impedir que o prestador possa fazer isso...

P/Martha – Mas olha só, ele não pode no momento de greve como única forma de atender aquele cara cobrar por aquilo, ele pode falar: eu não vou te atender porque estou em greve, agora ele pode dizer o seguinte: eu não vou te atender porque eu to em greve, mas eu vou te cobrar por fora que aí eu te atendo, é isso que não pode...

P/Doutor Zilli – Não, não, não, ele não está cobrando por fora, por favor, por favor, vamos colocar as coisas em seus devidos lugares, não vamos cismar, porque se eu cismar a gente vai ficar nessa discussão que não vai resolver...

P/Martha – Gente, olha só, isso daqui...

P/Doutor Zilli – Desculpe Marta, desculpe Marta, Marta, desculpe...

P/Martha – Isso daqui já é uma norma da agência, eu colocar aqui ou não colocar aqui é igual...

P/Doutor Zilli – Se isso resolve o problema da agência reguladora, é só da agência reguladora que está resolvendo, não resolve o problema de mais ninguém... Se isso satisfaz a agência reguladora, isso não satisfaz o resto...

P/Martha – É um problema do beneficiário...

P/Doutor Zilli – Não, não é o beneficiário, você não está atendendo o beneficiário com a sua visão...

P/Martha – Calma, todo mundo calmo...

P/Doutor Zilli – Não, ta todo mundo calmo, todo mundo calmo, eu to te falando isso com toda calma do mundo...

P/Martha – O Marcio está inscrito, o Eduardo vai falar agora e depois o Marcio e a Márcia.

P/Doutor Zilli – Ta, eu só quero deixar bem claro o seguinte: o artigo não pode vedar o direito do prestador de exercer o seu legítimo direito de atender e o direito do paciente de ser atendido, como que vai ser feito isso, ponto. Não é um problema da agência reguladora.

P/Martha – Estamos juntos, estamos juntos, isso também está claro...

P/Doutor Zilli – Não, não ta claro, não ta claro...

P/Martha – Agora, o que eu não posso permitir de acordo com a 9656 é que esse beneficiário que tem plano de saúde e que ta indo nesse lugar pelo plano, saia de lá pagando, eu vou deixar o Eduardo falar. Fala Eduardo.

P/Doutor Zilli – Um instantinho só, vou complementar, ta pedindo calma e ta nervosa.

P/Martha – Eu não to nervosa, é porque ainda tem muita coisa...

P/Doutor Zilli – – Vocês sabiam, é a quinta pressão que você faz hoje...

P/Martha – Gente olha só, vocês sabem que quando falo assim, não rola, não rola...

P/Doutor Zilli – Eu acho que a gente não pode simplesmente limitar uma situação que é uma situação de normatização regular, veja bem, o que você está propondo, ah não, olha, você não pode cobrar do prestador, você não ta levando em conta que o prestador pode pagar aquilo que não é por fora, que é um valor real de uma consulta que não ta sendo paga, pelo contrato que ta sendo anteriormente colocado, então não tem, a gente não pode aceitar esse artigo que você negou para o prestador.

P/Martha – Ok, Eduardo.

P/Eduardo – Eu entendo que o artigo é perfeito, entendeu? Essa alteração eu realmente não concordo em razão dessa, é igual discussão de taxa de disponibilidade e tudo mais...

P/Martha – Ele tava inscrito antes...

P/Eduardo – Se o consumidor está pagando plano de saúde para ter aquele atendimento, pelo que to entendendo o Doutor está defendendo que o medico pode cobrar no momento daquela consulta, do procedimento que seja, também do consumidor, é isso? Isso a gente não concorda, o dispositivo é perfeito e todo sistema nacional de defesa do consumidor, eu falo isso com muita transparência porque isso já foi muito discutido nas reuniões que nós já tivemos, Ministério Público, Defensoria Pública, Ministério da Justiça, PROCON, associações e tudo mais, isso é ponto pacífico no que tange ao ponto de vista do consumidor, do beneficiário, o dispositivo é perfeito. Esse posicionamento que estaria violando direito do beneficiário, disso, daquilo de poder a contratar, isso, me desculpe, mas isso a gente realmente não concorda. O dispositivo a gente ta de pleno acordo com a postura tomada na redação posta aí pela ANS.

P/Martha – Agora a gente tem o Marcio e a Márcia.

P/Marcio – Boa tarde, Marcio Bichara, Federação Nacional dos Médicos. Eu acho que ta tendo um mal entendido nisso aí, o que ta acontecendo a cinco meses em Salvador? Saúde Bradesco numa discussão com a categoria medica, com os prestadores médicos, suspenderam, a Saúde Bradesco é a maior operadora de Salvador, e se os médicos não tem reajuste, suspenderam o atendimento. A justiça, viu Doutor Glauco, mandou que o medico desse o recibo e esse paciente fosse reembolsado pela seguradora, isso foi a justiça que mandou, não fomos nós que pedimos isso não. Então como que nós vamos engessar isso aí se a operadora nesse caso, Saúde Bradesco, em litígio com a categoria medica há quatro meses, já está na justiça do trabalho, inclusive a demanda, a justiça mando que os beneficiários do Saúde Bradesco consultassem, tivessem atendimento e pegassem o recibo para ser reembolsado, então Marta, isso tem que entrar aí, isso não pode ficar, porque vão nos acusar que estamos rompendo contrato ao aceitar uma demanda judicial...

P/Martha – Eduardo, só vou te inscrever depois da Márcia...

P/Marcio – Eu acho que a gente precisa melhorar isso aí, porque o reembolso é previsto na lei, é previsto o reembolso, ta?

P/Martha – Para contratos onde hajam reembolso, Marcia.

P/Marcio – Então é isso aí que eu queria reforçar.

P/Martha – Ta bom, Márcia.

P/Marcia – Já que tem muitos advogados aqui, eu vou usar a jurisprudência. No Rio de Janeiro, eu sou do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro e to representando aqui a suplência do Federal. Nós tivemos o movimento de suspensão do atendimento por guias, isso é, atendimento com pagamento para reembolso, ta? E geralmente o movimento cobra o valor, ou o valor pretendido ou valor que já é da tabela do plano, ponto. Aí o que acontece, a ANS à época dessa suspensão, não me lembro qual foi operadora, se era Sul América ou se era uma outra, mandou um questionamento ao Ministério Público do consumidor no Rio de Janeiro, esse Ministério Público é questionando a nossa postura, dos médicos aqui do Rio de Janeiro, o Ministério Público do consumidor disse que arquivou o procedimento porque não via isso como ferir para o consumidor, porque estava sendo atendido, ponto. E a outra questão que a gente tem também, é como o Marcio falou, da questão judicial, essa é uma questão que é concreta, não ta sendo mais uma coisa que, eu acho que ta prejudicando, nós estamos se levando a outras instancias que ta mostrando que isso aí não está violando, o paciente ta sendo atendido e ele não ta sendo cobrado por fora, porque acho que isso aqui devia, os conselhos que estão aqui, seja de medico, odontólogos, ninguém aqui acoberta nego que ta cobrando por fora, a gente até estimula as operadoras as nos denunciar quem ta fraudando e muitas delas, muitas poucas delas denunciam ta, muito poucas delas denunciam, inclusive esse negocio de órtese e prótese não vem falar porque eu já botei oito operadoras para sentar lá no Rio para dizer quem é o cara da órtese e prótese, quem é? Só duas me mandaram denuncia, duas, com um calhamaço assim. Então eu acho que a gente tem que ter cabeça aberta para isso, o beneficiário nessa cobrança não é cobrança por fora, é uma cobrança que não é considerada indevida e o paciente melhor ainda, ele é atendido, ele não vai ficar suspenso o atendimento, e se fosse isso, na Bahia os caras estavam a quatro meses sem ter pediatra, sem ginecologista, cardiologista, diabética, como que vai ser, a gente também tem uma responsabilidade de ética, é um movimento que tem uma fundamentação também ética né?

P/Martha – Eduardo e depois a Marlene.

P/Eduardo – No caso assim, eu também falo com bastante clareza porque a gente também trabalha junto com o Ministério público do consumidor e a gente nesses procedimentos, a gente tem procedimento em conjunto, então ainda estão tramitando e tal, acho que a gente ta se pautando aqui pela seção, aqui a gente ta disciplinando é uma regra, a regra é uma coisa, a exceção é outra. Se houver uma situação excepcional, aí foi feita uma ação e tudo mais, para se permitir, mas a gente quer o que? Colocar uma exceção como regra, isso é muito complicado... Foi uma ação judicial, mas acontece que bis in idem, cobrança por um fato que já foi adimplido pelo consumidor em tese coberto

pelo plano. Isso é uma conduta que se é isso que a gente está discutindo, não sei o por que dessa discussão, entendeu?

P/Martha – É, eu acho que o Eduardo tá tão sem palavras quanto eu. Marlene.

P/Marlene – Marta, eu vou dar um exemplo bem simples tá? Tem profissionais da saúde que digamos assim, no período da manhã eles atendem convênios, no período da tarde não. Então, aí esse paciente que quer ir no período da tarde pagar particular só porque ele tem um convenio, ele não pode?

P/Martha – Pode, ele só não pode reclamar para mim depois...

P/Marlene – Pois é, mas então, mas isso tá na lei...

P/Martha – Gente, olha só, o que acontece não é isso Marlene, você sabe disso...

P/Marlene – Eu sei...

P/Martha – Então, o que a gente tá falando é o seguinte, se eu amar a Jaqueline e falar assim: Jaqueline você é tão legal, que eu não quero que você receba os cem reais do convenio, eu quero te pagar uma consulta privada e vou te dar quinhentos reais porque eu quero fazer isso por você, ela não pode? Pode. O que não pode é: eu tenho um convenio, o cara consta na minha lista, eu vou nele pelo convenio, quando eu chego lá, eu tenho que pagar alguma coisa a mais pelo que já estaria cobrado, é isso que não pode...

P/Marlene – Mas a gente entende isso Marta, o caso que ali está dizendo que a gente não pode situação nenhuma, nenhuma, mas assim, quer dizer, vocês estão limitando tanto o usuário quanto o prestador, sem a liberdade de escolher...

P/Martha – Olha só, eu vou passar para o Paulo, tem duas consequências disso aqui, uma: já é regra na agência, isso já é permitido, a gente não reconhece, quando tem ação na justiça a gente entra a favor da operadora, é assim que a gente age, e isso eu vou pegar e vou montar a operadora se isso acontecer, tá? Ao mesmo tempo eu tenho que permitir que ela tenha algum mecanismo para que isso não aconteça, não é isso? Então o que a gente está dizendo aqui é o seguinte: para o que está contratualizado, eu já tenho contrato com você, ou você muda a forma de remuneração, aí vocês renegociam, parara, parara, só que quem não pode sofrer com isso é o beneficiário. É isso que a gente tá dizendo. O Paulo está inscrito e a gente vai andar para frente.

P/Paulo – Deixa eu falar um minuto. Tem que ter uma regra no item seguinte, é isso que nós estamos confundindo. Digamos que eu fosse clinico, eu faço um contrato com a operadora Marta, a minha operadora é, eu digo para ela que eu só atendo convenio das duas da tarde às oito da noite, de manhã eu atendo

particular. Se o cara do convenio quiser ir, não tiver vaga a tarde, quiser ir de manhã e pagar, é um problema dele, o que tem que ter no contrato obrigatoriamente é o horário que estou a disposição para isso, não pode ser diferente disso. Eu não posso querer um contrato, querer organizar a minha vida de clinico, não tem como, eu vou marcar o horário que eu preciso, quando eu contrato até um empregado tem o horário de trabalho dele...

P/Martha – Paulo, meu sonho de consumo é isso aí que to falando, se você quiser a gente rasga tudo e entra nessa discussão agora, porque esse é o meu sonho de consumo. É ter agenda da saúde suplementar, porque aí só assim eu vou poder cobrar suficiência de rede, organização, esse é o meu sonho de consumo...

P/Paulo – Não é sonho de consumo, isso é a prática. Eu quando faço meu contrato e digo no meu contrato que o meu consultório está a disposição das oito às duas da tarde, ponto, à tarde é outro problema.

P/Martha – Então deve haver a previsão, artigo 11: deve haver a previsão do, não do horário, mas deve haver a previsão da agenda ou da disponibilidade do prestador? Então vamos lá, artigo 11: deve haver, deixa a gente escrever e aí vocês se inscrevem: Deve haver a previsão da disponibilidade da agenda do prestador e... gente, mas vocês me falaram que a relação era trabalho, na primeira reunião. Vamos lá, vamos inscrever, a gente tem o Eduardo, a gente tem o Ciro, Virginia, mais quem? Então vamos lá, Eduardo, Toro.

P/Eduardo – A relação de trabalho, existe a relação de trabalho formal onde você contrata, você no período específico vai atender, você tem que chegar lá oito horas, então o prestador teria que chegar oito horas no consultório dele, ele não pode chegar oito e um, então vai contratar ele, assina a carteira, todos os direitos trabalhistas e pronto. Outra é prestação de serviço, é uma relação de trabalho, mas aí o usuário ele vai estar sujeito as condições do prestador, ele escolhe, ele tem uma carteira lá, ele escolhe, o cara fala assim: eu só to de manhã, de manhã não serve...

P/Martha – Eu só acho que a gente está oscilando nessa definição do que é prestação de serviço o tempo inteiro, uma hora eu quero ser contratado, uma hora eu quero ser livre prestador, outra hora eu quero ser empregado, outra hora eu quero ser... enfim, a gente tem que definir o que é...

P/Eduardo – A minha posição, a minha posição com relação a isso é clara, a minha... se quiserem contratar os profissionais é uma relação, e se quiser a prestação de serviços profissionais é outra relação, eu corto cabelo com o meu barbeiro lá e ele não é meu contratado...

P/Martha – Então, seu barbeiro faz greve? Seu barbeiro faz greve? Se o barbeiro fizer greve, ele vai poder abrir uma banquinha do lado e cobrar o que

ele cortaria o cabelo, porque ele não ta dentro do negocio, porque ele ta em greve? Gente, olha só, eu só to falando que a gente tem que ter noção de que um artigo fala uma coisa e outro artigo fala outra, o Paulo tem toda razão, toda razão...

P/Eduardo – Não, aí Marta, presta atenção, aí ta muito claro isso aí, todo mundo sabe aqui que a prestação de serviço o que é, aqui não é plateia de leigos, o que a gente ta colocando aqui, deve haver disponibilidade, isso aí não vem ao caso, na minha opinião não tem nada haver com a discussão. O que o pessoal ta querendo colocar ali é a questão do prestador cobrar do beneficiário, o valor pecuniário sobre o serviço que ele tava contratado e a operadora que ia pagar, isso ta claro ali. Quem quiser dar uma meia volta e querendo mostrar outra coisa, é mentira.

P/Martha – Gente, olha só, a gente tem que andar para frente, eu vou fazer a sugestão de colocar esse meu sonho e agora que compartilho com o Paulo, da agenda aqui na pendência pós-lei, eu tenho certeza que até três anos a gente consegue caminhar para um lugar desse e eu vou pedir o Ciro, a Virginia e o Toro, para gente tirar o artigo 11 e andar para frente, ok? Apaga isso daí e a gente vai andar para frente... Exigência de prestação, tira qualquer tipo, vai lá Renata. Deve haver previsão expressa de que é vedada a exigência de prestação, ok. Para mim é igual, mas vamos tirar o qualquer tipo, tira o qualquer tipo Renata. Vamos lá. Seção 2, senão a gente não anda para frente. Da definição, gente vamos voltar, ta todo mundo com fome, a minha proposta é a gente ler só essa seção 2 e aí a gente para pro almoço e volta na seção 3, ta? Seção 2: Da definição dos valores dos serviços contratados, critérios, da forma, da periodicidade do seu reajuste. Aí, vai Renata, anda um pouquinho para baixo para gente, vai, isso. Por que esse artigo ta em vermelho? Fui ao banheiro, não sei se a Jaque falou, ele entrou aqui porque a gente viu que a gente tinha esquecido e aí a gente botou em vermelho para dizer que isso daqui não estava no que vocês receberam. Eu não sei nem se vocês receberam essa versão nova, mas se não, vão receber agora, ta? Já podem sair daqui com isso, a gente manda o e-mail daqui. A gente colocou isso porque a gente tinha esquecido, ta bom? Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referencia. Parágrafo 1º: a forma de cobrança dos valores dos medicamentos de uso restrito em hospital ou clinicas bem como as órteses e próteses de materiais que sejam faturados separados dos serviços contratados devem ser discriminados. Parágrafo 2º: deve haver provisão expressa que é vedada estabelecer imagem de comercialização sobre os valores, já tem isso, inclusive em resolução do CFM. Posso pintar de preto? Pinta de preto, Renata, para gente, por favor. Eu já vou lendo o artigo 12; a forma de reajuste dos serviços contratados devem ser expressas de modo claro, já to no 12, isso... de modo claro e objetivo. Parágrafo 1º: é admitido a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e

desempenho desde que não infrinjam o disposto na 9656 e demais regulamentações da ANS em vigor e dentre elas a Consu 8, a coisa da sinistralidade, tudo isso. O reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito. É admitido a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 dias corridos e prorrogáveis contados a partir de 1º de janeiro de cada ano. Então vamos lá, artigo 12, Doutor Salomão.

P/Doutor Salomão – Bem, é uma sugestão para o parágrafo 1º, inserir depois de serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes. Ficaria assim, parágrafo 1º: é admitido a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados previamente discutidos e aceitos pelas partes na composição do reajuste, tal, tal...

P/Martha – Ok, bota lá Renata, para gente? Depois de prestados, virgula, previamente...

P/Doutor Salomão – Discutidos e aceitos pelas partes...

P/Martha – Discutidos e aceitos pelas partes, virgula...

P/Doutor Salomão – Ta, agora no parágrafo 2º: o reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito. Eu to defendendo de novo a mesma coisa. A lei, ela é clara, o reajuste é dia 1º de abril, criou-se uma data para o reajuste, o que o texto da lei e eu pediria a você para botar para nós, ele não ta falando sobre negociação, ele ta falando sobre o reajuste, o reajuste tem que ser para ocorrer nos primeiros 90 dias do ano, então nós estamos propondo que o reajuste deve ser aplicado anualmente com vigência a partir de 1º de abril de cada ano, porque é isso que diz a lei. E outra coisa, as operadoras elas não tem uma prática hoje de fazer o reajuste na data do aniversário do contrato, a prática é um reajuste que passa a vigorar a partir de tal data, cada operadora tem mais ou menos uma data anual de reajuste, e passando a ser 1º de abril, se faria um ajuste com o pró-rata de alguma coisa, dos meses, porque vai ter contratos de algumas...

P/Martha – Ta, eu só vou resgatar nesse item qual foi a lógica para se tiver alguém aqui pela primeira vez. A nossa interpretação da lei é que esses três primeiros meses servem sim, como o parágrafo 3º aqui ta falando, para negociação, mas que a própria lei no 1º artigo dela fala o seguinte: o mais importante dessa lei é a assinatura do contrato escrito né, e assinado entre as partes e que esse contrato, ele é maior do que tudo, ele é o que rege as duas partes, então por isso a gente tem o entendimento de que aplicação vai se dar nessa data de aniversário do contrato e que aquele calendário lá descrito, ele serviria para negociação. Qual é, o que a gente estava discutindo antes? Essa data do aniversário do contrato, como isso vai se dar a cada dois meses, você não teria essa necessidade do pró-rata uma vez que todo mundo vai ter só 12

meses certinho. Caso a operadora atrase nessa data de aniversário do contrato, aí com certeza tem que ter pró-rata, porque que a data de aniversário seria abril, se ela só te der isso em junho, obviamente ela tem que dar, retroagir até abril, por isso que a gente acha que a data do aniversário do contrato garante que ninguém fique, que é o que a lei fala né, será anual, então a gente garante esse período de 12 meses, ta? Tem mais alguém inscrito? Seu nome? Pode falar, pega o microfone. Paulo, Carlos, Virginia...

P/Gabriel Carvalho – Boa tarde, Gabriel Carvalho, advogado da comissão de saúde suplementar do CBO, Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Doutora Marta, aqueles artigos, parágrafo que passou agora, que estava destacado em vermelho, que fala sobre, na realidade...

P/Martha – Voltando, voltando...

P/Gabriel Carvalho – É coisa rápida.

P/Martha – Passou Renata.

P/Gabriel Carvalho – Acho que passou. É o parágrafo...

P/Martha – É porque agora não está mais vermelho, é esse artigo 11, parágrafo 1º e 2º.

P/Gabriel Carvalho – Não, o 2º.

P/Martha – 2º.

P/Gabriel Carvalho – Deve haver previsão expressa que é vedado estabelecer margem de comercialização, ok. Ta. Na realidade, a inclusão desses dois parágrafos fazem parte da regulação da 241. A 241 ela também veda a questão da margem de comercialização, mas ela fala expressamente e eu não vi aí, por isso que é a minha sugestão, de incluir a questão do serviço, deixa até eu tirar uma copia rápida aqui, porque eu to com a 241 na mão, que fala sobre o seguinte: o ajuste a que se refere o caput desse artigo deverá conter a clausula que contemple, 1, inciso: o valor e a referencia de valores dos medicamentos utilizados, ta? E aí o 2 diz o seguinte, a que se refere esse valor? A remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, é o serviço? Manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos quando prestado de acordo com a estrutura do prestador de serviços. E aí o parágrafo 2 ele tem esse quadro dizendo o seguinte: os valores referenciados no inciso 2 do parágrafo 1º do presente artigo referem-se a valores relativos a serviços e não a margem de comercialização de medicamentos. Então deixar destacado que na realidade, o ajuste ele poderá ocorrer, mas mediante serviço e não a taxa de comercialização.

P/Martha – Sim, aí por que a gente não trouxe para cá? Porque lá na frente, o artigo 8º ele fala o seguinte, o que você tem que descrever? O objeto, a natureza, o regime e o serviço contratado, aí depois ele fala o seguinte: os serviços tem que ser descritos por procedimentos, aí em cima desses serviços que vai incidir esse reajuste, entendeu?

P/Gabriel Carvalho – Mas aí estaria incluído a questão do medicamento?

P/Martha – Você tem que descrever no serviço o que é o teu serviço, agora, muito provavelmente esse teu serviço ta dentro de algum procedimento, esse daí...

P/Gabriel Carvalho – Sim, sim.

P/Martha – Por exemplo, se isso fosse um hospital, isso aí estaria dentro de dualidades...

P/Gabriel Carvalho – Ok então, perfeito, perfeito.

P/Martha – Então quem a gente tem agora? Paulo, Carlos, Virginia e Toro. A Jaqueline ela nota cinco para enrolar...

P/Paulo – Só uma duvida, só uma duvida Marta. Tem aqueles dois pontos que não são aí, aquele do valor fixo e dos impedimentos e daquele que eu falei dos exames que mudou a tecnologia, não dá mais para fazer, como que eu procedo? Lembra dessa historia?

P/Martha – Lembro.

P/Voz não identificada – E isso me preocupa muito porque numa tabela com 1.500 itens como tem a minha, o do Fleury tem 4 mil itens, isso acontece pontualmente...

P/Martha – Eu tenho certeza que isso é aqui, eu só to tentando ver onde fica. Eu não sei Paulo, vamos pensar.

P/Paulo – Você vai entender,

P/Martha – Deixa a Virginia e o Toro irem, não, tem Carlos, Virginia e Toro... Eduardo...

P/Paulo – Só completar, e aquela questão do fixo é depois, nos impedimentos né?

P/Martha – É. Quem ta, é Carlos, quem ta com o microfone? A gente te inscreveu, a gente te inscreveu. Carlos.

P/Carlos – Marta, não se preocupa só um pouco da forma que ta escrito, é admitida a utilização de indicadores ao critério de qualidade e desempenho

sem citar a forma de composição disso. Eu posso considerar que 80% do reajuste ele pode ser esse critério de qualidade. Eu sei que em outro ponto da norma ta escrito, que isso vai ser escrito mais para frente...

P/Martha – É, esse do nosso, eu achei que a gente podia contemplar isso no que o Doutor Salomão ali colocou, previamente discutido e aceito entre as partes, incluindo a composição né?

P/Carlos – Então né, mas eu sempre me lembro daquela historia do Paulo, da negociação, do pescoço e da guilhotina, as forças não são iguais, então eu não ficaria confortável de deixar simplesmente isso discutido entre as partes. Quando a gente discutiu isso da primeira vez, a gente já colocou o Colégio Brasileiro de Radiologia que nós entendemos que isso deveria ser acima do reajuste, porque reajuste é só reposição inflacionaria, e aí está aberto isso, ou seja, eu corro risco de ainda perder reposição inflacionaria aí, e nós não queremos correr o risco, isso tinha que ser uma vedação. OU isos também é aceito...

P/Martha – O problema é que assim, mesmo eu tirando, isso é possível, porque qualquer reajuste pode se dar em cima de um valor de um indicador e esse indicador pode ser calculado de qualquer forma, eu só acho que isso com a virgulazinha que o Doutor Salomão colocou fica bacana...

P/Voz não identificada – Quer ver, desde que não implique em redução do índice, não pode colocar isso assim, hein Salomão?

P/Martha – Eu posso tirar, eu só to dizendo o seguinte, isso não vai impedir isso, ok? Só que não impede e também não regula. Eu acho uma bobagem tirar, mas eu acho que com aquela virgulazinha fica melhor do que sem...

P/Carlos – marta, você ta dizendo para nós que a ANS desistiu de estipular qual seria esse percentual?

P/Martha – Não, tem nada haver uma coisa com outra, aquele outro ta lá na regra de reajuste e vai incidir sobre nosso índice, isso aqui é regra de contrato. Eu to dizendo o seguinte: na hora que você vai negociar um reajuste, você não vai botar um reajuste no contrato? Esquece o meu, o meu é fadado a livre negociação, nesse reajuste que você ta negociando ele pode qualquer coisa, não pode? Pode qualquer coisa, a gente ta dizendo o seguinte: que é permitido a utilização do critério de qualidade nos serviços prestados previamente discutidos e aceitos, porque hoje, se eu tirar aquilo ali, é a mesma coisa? É a mesma coisa, também pode... isso é uma regra de reajuste que ta em outro lugar... Ta bom? Então vamos. Ah então, eu to tentando escrever aqui, dividindo o neurônio, deve haver previsão sobre, acho que a gente podia começar assim... é, do contrato, mas eu vou pensar, a gente volta do almoço com isso pensado. Vou até escrever isso. Agora a gente tem Virginia.

P/Virginia – Marta, no parágrafo 3º a questão da livre negociação, no final tem até um izinho né, acho que foi meio para testar para gente inserir o parágrafo 4º para prever alternativamente que as partes poderão negociar no contrato os 90 dias...

P/Martha – Não, isso a gente já discutiu, isso vedou na audiência pública, ta gravada a discussão, tudo isso, a gente não vai botar nisso.

P/Virginia – Realmente assim, qual é a vantagem, seja para prestadora, para operadora, ou seja, quem daqui vai sair com alguma vantagem negociando em fevereiro um reajuste que vai ser aplicado em novembro?

P/Martha – Então, acho que Paulo e Virginia, a gente tinha discutido isso, havíamos escrito o artigo, se é para gente voltar, eu volto, porque não ouvi os detalhes... Havíamos discutido isso, havíamos escrito isso, colocamos isso como uma possibilidade para SADT e hospital, quando da consulta pública, a própria Virginia, ta gravado né, ta na degravação, ela falou que isso então poderia ser aproveitado para todo mundo, não pode, isso vai contra a lei, e por conta dessa possibilidade a gente retirou esse item e ta retirado.

P/Virginia – Marta, mas se isso foi um consenso entre prestador e operadora...

P/Martha – Virginia, a gente não vai voltar, ouve lá a degravação.

P/Toro – Só queria deixar registrado Marta, que os prestadores de serviço, tanto pessoas jurídicas como pessoas físicas, não concordam com esse reajuste no aniversario do contrato, a nossa posição é os reajustes sejam todos trazidos e convertidos para 1º de abril, conforme determinou a lei 13.003, essa é a posição...

P/Martha – Eu entendi a posição de vocês, eu também coloquei a nossa posição jurídica, a gente tem toda uma análise jurídica sobre isso, ta?

P/Doutor Zilli – Só acrescentando Marta, a gente entende que isso vai criar...

P/Martha – Advogado é assim, para um lado e pro outro...

P/Doutor Zilli – Que isso vai criar um verdadeiro conflito, uma confusão enorme, porque se você vai colocar na posição do prestador que tem cinco ou seis contratos com firmas diferentes e a operadora que tem dois mil contratos, se cada um tiver uma discussão por conta do que for implementado na hora do vencimento do contrato, isso vai gerar uma confusão enorme, é muito mais simples, é muito mais simples que você tenha uma data base e você aplique um percentual proporcional de quantitativo do que outra coisa...

P/Martha – A gente não fez uma análise disso, a gente fez uma análise jurídica nesse caso, como que a lei estava se expressando, e aí como a gente somos de todos os artigos da lei, primeiro, nanana, a gente juridicamente acha que

essa é a melhor leitura a se fazer, até porque depois todas as discussões vão ser jurídicas e a gente tem que ter um apoio jurídico muito forte nisso. Pode acontecer isso? Pode, mas eu acho Doutor Zilli que a aplicação também na data do aniversário do contrato facilita para que ninguém fique 15 meses ou outro, entendeu assim, ninguém vai ficar diferente não hora da aplicação, todo mundo vai ter nos 12 meses esse reajuste, ta? Sim, ta lá o levantamento...

P/Doutor Zilli – Só colocando a posição mais, eu acho que alguma das operadoras podia se manifestar. Vai acabar numa operadora tendo a marca que a cardiologista trabalhando por um valor, a Jaqueline que é cardiologista também que o reajuste dela é noutra mês trabalhando noutra valor, o sistema de informática vai ficar dificultado, porque ela vai pagar o mesmo procedimento em valores diferentes...

P/Martha – Pode ser, se a negociação de vocês for em cima do índice, ah negociamos para todo mundo IPCA, pode, mas essa distribuição ao longo de um ano, porque lembra assim, não é o IPCA do mês, é o IPCA acumulado dos últimos 12 meses...

P/Doutor Zilli – Pois é, mas vai jogar reajuste para um em junho, para outro em setembro, para outro em novembro...

P/Martha – É, não tem, economicamente isso não faz diferença, ta? A gente ainda tem lista gente... ih, eles furaram, desculpa, desculpa, já to ficando cansada, a gente precisa parar... Toro, Eduardo, e você também é Eduardo? Olavo. Toro, Eduardo e Olavo.

P/Eduardo – Por favor, o artigo 11, Eduardo da FBH. Eu to preocupado com o item 1 em que fala que os medicamentos de uso restrito em hospitais bem como órtese e prótese sejam faturados em separado. Não, mas não é aí, o item 2, é vedado estabelecer margem de comercialização para órtese e prótese e materiais especiais. Essa é a prática norma e que exista uma diferença entre o que é comprado e o que é vendido.

P/Martha – não fui eu que escrevi isso não, foi o CFM...

P/Eduardo – Pois é, então não pode ser vedado, se a redação fosse, que deve ser descrito a margem do contrato, tudo bem, mas não de ser vedado, porque essa é a prática habitual...

P/Martha – Eduardo, essa é uma discussão muito profunda que vai ter que ser feita lá dentro do Conselho, eu trouxe para cá e aí de medicina e de odontologia que talvez de fisioterapia, eu trouxe para cá a regra do Conselho ta?

P/Eduardo – Veja bem, a prática normal hoje e sempre é que exista uma margem em materiais e próteses, então de uma hora para outra dizer que tá proibido, isso fica uma coisa...

P/Martha – Não, não, isso já tava, tanto no CFM já tem uns seis anos eu acho que saiu essa resolução, a da ANS já tem uns cinco anos, a gente não trouxe para cá nenhuma, exatamente como tá escrito...

P/Eduardo – Não, tudo bem, pode até não pegar, mas não há necessidade de tá escrito que é proibido ter, pode até ser omissivo, essa é a minha proposta.

P/Martha – Olha só gente, agora a gente tem o Olavo, e aí eu vou pedir para vocês, eu já tô pifando, da gente almoçar, tá? Fala Olavo.

P/Olavo – É pela Abrange...

P/Martha – Ah, antes do almoço eu vou pedir porque o Eduardo pediu para resgatar o assunto lá de trás, e aí ele vai falar antes do almoço depois do Olavo e aí a gente sai, tá? Fala.

P/Olavo – Só ia exemplificar, sei e não querendo ser chato com relação ao parágrafo 3º do artigo 12, então nós vamos proceder conforme está, essa RN será publicada e vamos negociar dentro desses 90 dias um reajuste que vamos chegar num valor, 8%, por exemplo? Já foi dito isso na audiência pública em várias situações, se a inflação for muito alta nesse ano, as metas não forem obedecidas, chegar a uma inflação de 40%, nós vamos aplicar em dezembro 8% porque a gente negociou no começo do ano, o prestador vai ficar insatisfeito, nós não vamos ter como resolver esse tipo de situação. Eu tô vendo que a classe médica também e também quem representa a operadora, todo mundo tá insatisfeito com essa questão da interpretação que foi dada em relação ao ano calendário, certo? Essa interpretação poderia partir daqui, uma iniciativa da ANS para o Congresso então de esclarecimento com relação a essa lei...

P/Martha – Então a gente tem que fazer uma proposta de projeto de lei, encaminhar para o Congresso para eles alterarem a lei 13.003...

P/Olavo – Sim, mas aqui foi dada uma interpretação, uma interpretação de que significando o calendário...

P/Martha – Eu posso dar outra, eu tenho certeza de que a outra você vai odiar muito mais...

P/Olavo – Mas pelo menos não vai acontecer essa incongruência de você ver no começo...

P/Martha – Então a gente pode aqui colocar em discussão a data base, vamos? É a outra opção que eu tenho. Vamos? Então vamos, a gente abre

para discussão da data base. O Eduardo queria falar. Ta, o Eduardo queria falar.

P/Eduardo – É, da licença, na verdade, isso é um pedido da SANACONS, acabaram de me mandar essa mensagem para rediscutir, é a redação do artigo 11, da RN...

P/Martha – Da anterior...

P/Eduardo – Da substituição, se puder colocar lá...

P/Martha – A gente não vai conseguir, mas a gente lembra, você pode falar que a gente...

P/Eduardo – Ok, lá está determinado que a comunicação vai ser feita ao contratante, perfeito...

P/Martha – Mas a Renata vai se perder, deixa que eu leio aqui: a operadora deve comunicar por qualquer meio que garanta a sua ciência, em especial por meio impresso, preferencialmente por escrito, ah, conseguiu Renata?

P/Eduardo – Isso, exatamente, no caso é mais uma adequação ao artigo 17, alterado lá pela lei 13.003, que coloca que a comunicação ao consumidor, então a sugestão lá da SANACONS com a qual me feriu, é que essa comunicação, a operadora deve comunicar por qualquer meio que garanta a ciência, em especial por meio impresso, ao beneficiário, com as substituições havidas e tudo mais, nos termos assim, da redação até da própria lei, que a lei fala, comunicação ao consumidor, então a comunicação ao beneficiário, porque o beneficiário que é o consumidor.

P/Martha – É, o problema assim, a operadora hoje na forma como são organizadas os planos, ela não consegue ter um contato direto com esse beneficiário, o contato é com o contratante nos casos de plano coletivo, individual ela tem né? Então a gente pode até dizer que esse, via esse contratante isso tem que chegar lá...

P/Eduardo – Ok, perfeito, não, perfeito, se conseguir colocar isso, ok.

P/Martha – Então a gente pode botar o seguinte, onde que ta o contra nível?

P/Eduardo – Artigo 11, caput, depois da...

P/Martha – Pessoa física ou jurídica, ta bom. A operadora deve comunicar por qualquer meio ao contratante, ao beneficiário e plano... por qualquer meio que garanta ciência do beneficiário, pode ser, a operadora deve comunicar por qualquer meio que garanta ciência do beneficiário ao contratante do plano, aí quando é pessoa física ou jurídica, na física já é o individual, ta bom?

P/Eduardo – Perfeito, ótimo, obrigado.

P/Martha – Gente, olha só, são uma hora, se a gente não voltar de verdade às duas, a gente não termina, ok? Duas horas eu vou começar. A gente vai voltar onde a gente parou, a gente vai voltar onde a gente parou.